

عبدالسلام صالح سلطان

فن الحوار في المقابلة الطبية

الطبعة الرابعة

فن الحوار

في المقابلة الطبية

فن الحوار في المقابلة الطبية

عبدالسلام صالح سلطان

الطبعة الرابعة 2022 م
القياس: 21 × 29.7
عدد الصفحات: 228

رقم الايداع في دار الكتب والوثائق ببغداد 0000 لسنة 2021
الترقيم الدولي: ISBN: 978-9922-0000-0-0



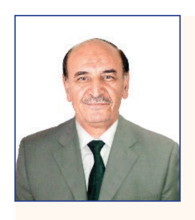
فن الحوار
في المقابلة الطبية

الطبعة الرابعة

عبدالسلام صالح سلطان



2022



المؤلف في سطور:

الدكتور عبدالسلام صالح سلطان E: salmssultan1@gmail.com

بكلوريوس علم الاجتماع وطبيب منذ عام 1980 ودبلوم عالي بالطب الباطني سنة 1987.

مؤسس برنامج مهارات التواصل في الممارسة الطبية في وزارة الصحة وكليات الطب العراقية "البصرة والكوفة وهولير" منذ 2016 . ومدير برنامج التعليم الطبي المستمر في وزارة الصحة العراقية 2012-2020.

أستاذ محاضر في كلية طب الكندي لطلبة طب الأسرة للدراسات العليا في فن الحوار في المقابلة الطبية 2020 –2021 .

عضو الهيئة الاستشارية في الجمعية الأوربية لمهارات التواصل في الرعاية الصحية وممثلها في العراق 2021.

المحاضر الرئيس "Keynote Speaker" في مؤتمر مهارات التواصل الأول في الشرق الأوسط للجمعية الأوربية لمهارات التواصل في الرعاية الصحية، بالتعاون مع كلية طب Weill Cornell Medicine – Qatar الدوحة 2020.

عضو اللجنة الاستشارية لبحوث إقليم شرق البحر الأبيض المتوسط - المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، بحوث الصحة، القاهرة، [EM – ACHR] 2009-2012 .

عضو تطوير الشراكة في مجال التعليم العالي (DelPHE) المملكة المتحدة في مشروع تدريس مهارات التواصل لأعضاء هيئة تدريس كلية الطب / جامعة عدن في اليمن عام 2010.

رئيس اللجنة العلمية لمؤتمر المركز الوطني للتدريب والتنمية البشرية الرابع وزارة الصحة، بغداد، العراق، 2012.

حائز على الجائزة الأولى لأفضل إنجاز طبي في العراق نقابة الأطباء 2002 عن الكتاب الموسوم (المقابلة الطبية الحديثة وتقنياتها الأساسية).

ترجم كتاب منهجي، مهارات الاتصال مع المرضى، طُبع في رادكليف اكسفورد لندن. تأليف جوناثان سلفرمان وسوزان كورتس وجوليت درابر، 2010.

ترجم كتاب منهجي، تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب، طُبع في رادكليف اكسفورد لندن. تأليف جوناثان سلفرمان وسوزان كورتس وجوليت درابر، 2010.

نشر بحث في مجلة الجمعية الأوربية والاكاديمية الامريكية للاتصال في الرعاية الصحية (Patient Education and Counseling) الموسومة: الطب في القرن الحادي والعشرون: مجتمع قروي عراقي أنموذجاً؛ أيلول 68 (2007).

نشر مع آخرين كتاب مبادئ الاخلاقيات الطبية في المؤسسات العراقية، كتاب منهجي لتدريس الاخلاقيات في المؤسسات الصحية العراقية.

أدخل التعليم الطبي التجريبي في العراق وسجل عشرات المقابلات الطبية الفديوية مع مرضى حقيقيين وممثلين، وتستعملها مراكز التدريب في وزارة الصحة في تدريس مهارات التواصل في الممارسة الطبية لأول مرة في العراق.

https://www.youtube.com/channel/UCoxjJJ_p2v25-YxSQOYtt8Q

نفذ عشرات الدورات التدريبية والورش التعليمية والندوات والمحاضرات في مجال مهارات التواصل والمقابلة الطبية والأخلاق الطبية في المؤسسات الصحية العراقية في جميع أنحاء العراق واليمن والسودان، وتخرج منها عشرات الميسرين في مجال مهارات التواصل في العراق.

المحتويات

المقدمة 7
أسس التواصل الفاعل 13
الرعاية الصحية الشاملة: المنظور الإحيائي والنفسي والاجتماعي 19
المقابلة الطبية 23
مهارات الحوار اللفظية: الإنصات، التلخيص، التحري 35
مهارات الحوار غير اللفظي Nonverbal Techniques 55
التعاطف والمواساة في الطب Empathy in Medicine 67
افتتاح المقابلة الطبية Opening Medical Interview 77
الرواية المرضية: الجزء الأول "محورية المريض" Patient's Narrative 97
الرواية المرضية: الجزء الثاني "محورية الطبيب" 119
التباين الثقافي والحرج اللغوي Cultural Disparity and Language Embarrassment 147
الفحص البدني والاستنتاج السريري Physical Examination 159
خطة التدبير التشخيصية والعلاجية Diagnostic and Therapeutic Plan 165
مواجهة المريض الغاضب Dealing with angry patient 179
آلية البوح بالخبر السيئ في المجتمع العراقي 187
الرعاية الطبية والعلاقة بين الملاكات الطبية والصحية 205
الرعاية الصحية عن بعد 208
مهارات تواصل في أثناء جائحة كورونا 215
الملاحق 221

المقدمة

الطبابة: ممارسة فنية أخلاقية هدفها خدمة إنسانية يستحق فيها الطبيب الثقة التي يودعها فيه مريضه.

د. احمد عزة القيسي

على الطبيب أن يمتلك عين صقر وقلب أسد ويد امرأة.

مثل هندي

لمهنة الطب قداسة على مر العصور، وعند كل الأمم، وفي جميع المجتمعات، وفي نصوص الأديان السماوية، والتي أعطت الطبيب المكانة المرموقة والدور المشرف الإنساني الكبير في الحفاظ على حياة الناس والتخفيف من آلامهم ومعاناتهم. ويتعدى هذا الدور حدود المهنة الموصوفة بمعالجة المرضى إلى مواضع الريادة والتقدم في الاعتبار وأنموذج الفضائل كالمعاملة الحسنة ودقة الأداء وبذل المجهود المضني.

وتمتاز مهنة الطب عن المهن الأخرى بأن لها مساساً بحياة الإنسان وروحه؟ "1 و2" لذلك رفع المجتمع الطبيب إلى المراتب الاجتماعية العليا. وقدم للأطباء استقرارًا مهنياً وعيشاً محترماً، متوقعاً منهم الرعاية والدعم في التخفيف من المعانات، وأن يبذل الطبيب أقصى جهده، وأن تكون للمرضى عنده أسبقية حتى على اهتماماته الشخصيّة.

وتنتظر الطبيب في المجتمعات العصرية مهامّ تتجاوز معالجة المرضى إلى التأثير في الضبط الاجتماعي، وصار له الأثر في الحكم على أفعال الأشخاص وسلوكهم وصلاحيتهم لأداء الأدوار التي تتعلق بأفعالهم غير السوية والدوافع وراء الانحرافات السلوكية، وتنظيم النسل أو حقوق الوصاية. وأصبح للرأي الطبي الثقل الكبير في استمرار الأشخاص أو إعفائهم من العمل في المؤسسات المدنية أو العسكرية "3 ".

وتتطور فلسفة الطب وعلومه وآدابه وفنونه يومًا بعد يوم، والذي ينعكس على التفاصيل الدقيقة للممارسة الطبية اليومية. وأهم تطور حدث حديثًا إدخال مهارات التواصل في التعليم والممارسة الطبية ليكمل التطور الأول الطب المستند إلى البيّنة "Evidence Base Medicine"، وبذلك تعتمد رعاية المريض على أحدث البيّنات العلمية التي نستقيها من البحوث، وعلينا أن نوصلها ونكيفها لاحتياجات المريض الفرد، لأن لا قيمة للمعلومات الطبية التي

نستقيها من البحوث إذا لم نستطع إيصالها لخدمة المريض الفرد، ومهارات التواصل هي الطريق لتحويل المعلومات النظرية إلى واقع عملي، علمًا أن المهارات التي نستعملها تعتمد أيضًا على البيّنات البحثية وليس على الحدس أو الظن.

لقد حافظت المقابلة الطبية الحديثة على مفرداتها الأساسية منذ نشأتها الأولى مع بعض التغيرات الطفيفة وهي: التعارف وإعداد قائمة المشكلات بالتوافق مع المريض، والبدء بمحورية المريض والانتهاء بمحورية الطبيب، والتي تُهيّئ إلى مرحلة التفسير والاستنتاج المنطقي السريري "Clinical Reasoning" لمشكلات المريض، وهو الأس الذي يعتمد عليه الطبيب في إجراء الفحوص الأخرى للوصول إلى التشخيص الدقيق. ومن ثَمّ صياغة خطة مستقبلية لتدبير المشكلات بالتعاون مع المريض، ويجب أن تحظى بموافقته وتأخذ بالاعتبار ظروفه الفردية. ويعزز هذا الأسلوب الإطار الإنساني للمتحاورين، ويحترم استقلاليتهما معاً "4"

ووضعت هيكلاً للمقابلة الطبية يشبه مسار المقابلة الواقعي الشكل "1"، وأدرجت مفرداتها بحسب سياقاتها كما تجري في المقابلة الطبية الاعتيادية؛ إذ تناولت مبادئ التواصل الفاعل ثم تعريف المقابلة الطبية التي محورها المريض، ثم تناولت مفردات هيكل المقابلة وتشمل: أهمية احترام المريض إجراءات تهيؤ الطبيب لمقابلة مريضه، وافتتاح المقابلة. وتليها الرواية المرضية الكاملة؛ والتي تتضمن موضوعات متداخلة ومعقدة حاولت تبسيطها وتقسيمها إلى عنوانات منفصلة؛ المعاناة، والتباين الثقافي والحرج اللغوي، والأعراض المرضية والبيانات الثانوية بحسب ما يرويها المريض، ثم انتقلت إلى محورية الطبيب التي تتضمن البحث عن الأعراض من وجهة النظر الطبية؛ مميزاتها، وتحليلها، ومراجعة أعراض أجهزة جسم الإنسان، والمعلومات الساندة التي تتناول معلومات مهمة، مثل: التاريخ المرضي السابق، والتاريخ العائلي، والحساسية الدوائية، والتاريخ الجنسي، والعنف، والتاريخ الصحي النسائي، والتاريخ الدوائي والغذائي والحساسية، وإجراءات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، والمخاطر الصحية، وقياس درجة العوق الوظيفي. ووضعت الفحص البدني بعد ذلك وفي مكانه الطبيعي، تطرقت إلى علاقته بمهارات التواصل فقط، لأن الطبيب يدرسه بعناية وتفصيل في دراسته الأكاديمية. ثم رسمت الاستنتاج السريري بعناية وبعدها تدبير خطة المريض التشخيصية والعلاجية بتفصيل وافٍ، ومهارات إشراك المريض برعاية نفسه وأخيراً إغلاق المقابلة.

والحقت المقابلة الطبية بموضوعات تواصلية رأيتها ضرورية جداً في الممارسة الطبية، وتشمل مواجهة المريض الغاضب وآلية البوح بالخبر السيّئ والرعاية الصحية التي محورها العلاقات واخيرًا وليس آخرًا الرعاية الصحية عن بعد "المقابلة الهاتفية والمقابلة الافتراضية"، والتي ازدادت اهميتها بسبب جائحة كورونا والذي سيستمر الاهتمام بها بسبب التطور الحاصل في تطور تقنيات التواصل في العصر الحديث.

لقد تركزت جهود العلماء في العقود الأخيرة على استنباط المهارات الضرورية التي يجب أن نستعملها في مراحل المقابلة الطبية، وقد استنبطوا مهارات بدلائل بحثية موثوقة "5"، ويمكن تقسيمها إلى أربعة مجاميع من المهارات.

أولاً، مهارات الرواية المرضية والتي نستعملها عندما نأخذ التاريخ المرضي، وأهم المهارات في هذا المضمار

هي كيفية صياغة السؤال " الأسئلة المفتوحة والمفتوحة المحددة والمغلقة"، ومهارة الانصات المركزية والمحورية في إفساح المجال للمريض للتكلم عما يجول بخاطره من مشكلات وهواجس، ليعرض معاناته باللغة الدارجة ومن ثقافته الشعبية، ونحتاج عندها إلى الاستماع اليقظ والانتظار والتشجيع حتى يكمل المريض روايته من دون مقاطعة، وأخيرًا تلخيص ما قاله المريض من دون تدخل الطبيب فيه، وبهذا يسمح لنا فهم مشكلات المريض من وجهة نظره قبل أن ندعوه لدخول عالم الطب. وتكييف الرواية المرضية وتحويلها إلى بيانات طبية والذي يبدأ بطلب الطبيب إملاء الفراغات التي اعترت حديث المريض عن مشكلاته الصحية والنفسية والاجتماعية لنحصل على منظور المريض الخاص ورؤيته الشخصية، ونكمل قصة المريض من وجهة نظرنا، وبذلك نصيغ القصة مع المريض بالشراكة ونستعمل لذلك مهارات أهمها طلب التوضيح عن العرض الذي ذكره وتكرار بعض عبارات المريض لتوجيهه على التركيز عن الموضوع الذي ذكره بطريقة عابرة، والتلخيص وتحليل الأعراض الطبية بعمق ومراجعة الأعراض الثانوية ذات العلاقة والتسلسل الزمنى للأحداث واستعمال الأسئلة المغلقة بذكاء لنصل إلى بيانات طبية يمكن التعامل معها ونكمل التاريخ المرضي الشامل للأعراض البدنية والمعاناة، مع جمع معلومات مهمة أخرى عن التاريخ السابق والعائلي والاجتماعي والحساسية، فضلًا عن الفحص البدني والعلامات التي نجدها عند المريض تكتمل البيانات التي يحتاجها الطبيب لصياغة الاستنتاج السريري.

ثانيًا، مهارات الاستنتاج السريري " clinical reasoning " وهي مهارات إداكية " Perceptual Skills " ويجب أن تبدأ بعد إكمال المعلومات الضرورية في التاريخ المرضي والفحص البدني وأن لا تتداخل مع القصة المرضية، وأن يقف الطبيب بعيدًا ويسأل نفسه ترى ماذا تعني هذه المعلومات لي؟ وهنا تتداخل عندها مشاعر الطبيب وأفكاره، فيما تعني معاناة المريض له، إنها مهارات عقلية معقدة يتوصل خلالها الطبيب إلى الانطباع الأول الذي يصيغه عن مشكلات المريض، ويمكن أن نطلق عليها بالحكمة السريرية، وقبل أن يبدأ بهذه المهارة يجب أن يسأل الطبيب المريض، تُرى ماذا تعني للمريض معاناته؟ وكيف يفسرها من وجهة نظره؟ لأننا نحتاج إلى توافق الصورة الذهنية التي تتكون لدينا صورة المريض الذهنيّة، وبهذا يمكن أن ندخل إلى مرحلة التدبير.

ثالثًا، مهارات إعطاء المعلومات وخطة التدبير التشخيصية والعلاجية: نحن اليوم في مرحلة العلاج بالحوار، أثبتت الدراسة أن للحوار الطبي قوة شفائية تقلل من الأعراض النفسية وتقلل من حدة الأعراض البدنية ولها قوة شفائية للأمراض البدنية. وتنجح الخطة إذا ما تعرفنا على معلومات المريض وعن ماهية المشكلة من وجهة نظره وطريقة حلها، ومن ثم نزوده بالمعلومات التي يحتاجها، ونتأكد بعدها من فهم المعلومات واستيعابها التي اعطيناها ونعلمه المهارات اللازمة لتطبيق هذه المعلومات، ونبني خطة مشتركة أو على الأقل نطلع المريض على الخطة التي بنيناها ونحصل على موافقته، ووأخيرًا ينبغي اشراك عائلته في إنجاح الخطة العلاجية.

رابعًا، مهارات تدبير العواطف، وتشمل مهارات لفظية وغير لفظية وتستعمل في جميع مراحل المقابلة الطبية، ففي افتتاح المقابلة الطبية نحتاج إلى إظهار احترام المريض بالسلوك: كالاستقبال الحار والوقوف حين المقابلة ومصافحة المريض قبل الجلوس، والابتسامة والتواصل البصري والفضول للتعرف على شخص المريض وعبارات الترحيب التي تدل على احترام المريض، ثم البدء ببناء العلاقة وليشعر المريض بالاطمئنان، لأنه لا يمكن

نجاح الحوار مع المريض القلق والمرتبك، إن لهذه المهارات ضرورات اجتماعية فضلاً عن أهميتها في الجانب الطبي حيث سنحصل على ثقة المريض والتي ستتبعها حوارًا طبيًا مفيدًا. وتستمر أهمية مهارات التعاطف وتكتسب أهمية كبيرة في تدبير الخطة التشخيصية والعلاجية في المقابلة، لأن جهودنا ستذهب سدًى إذا لم يتفق ويشاركنا المريض لصياغة الخطة والاستعداد لتطبيقها، وفي بعض الحالات نعطيها الأهمية القصوى عند التعامل مع المريض الغاضب أو عند البوح بالخبر السيّئ.

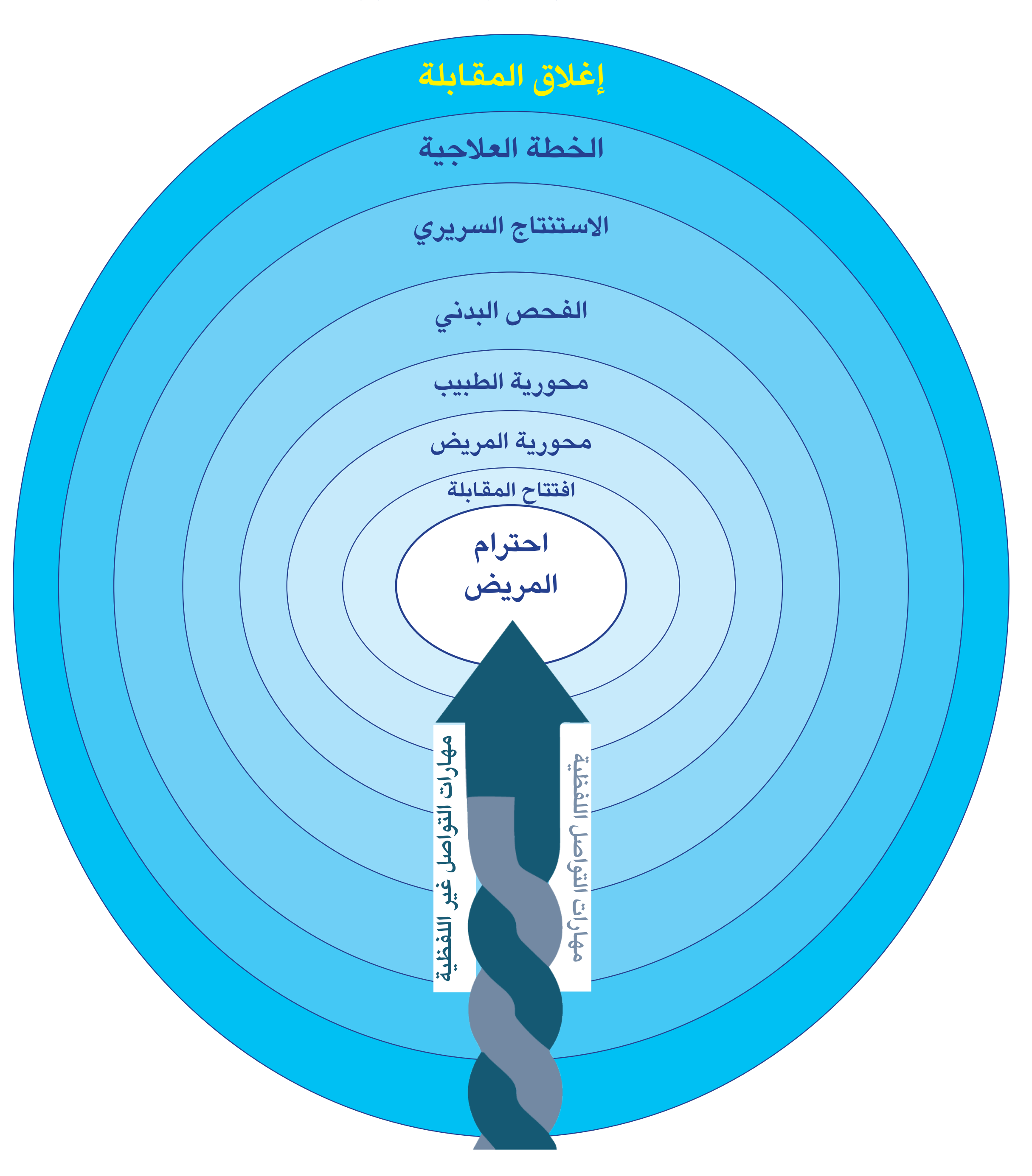
وساعدني في تحديث الكتاب كثرة ملاحظات المشاركين في أثناء دورات أدب الحوار والأخلاقيات الطبية المستمرة الشهرية التي يقيمها المركز الوطني للتدريب والتنمية البشرية في وزارة الصحة حالياً؛ كأحد متطلبات الحصول على لقب الاختصاص للملاكات الطبية والصحية كافة، ونقابة الأطباء كأحد مستلزمات الانتماء لنقابة الأطباء، وإسهام كليات طب البصرة والكوفة وهولير الرائدة في إدخال مهارات التواصل التجريبية في مناهج الدراسات الأولية، كلية طب الكندي في مناهج الدراسات العليا، والندوات العلمية التي أدرتها على هامش مؤتمرات كليات طب الكندي والمستنصرية وبغداد، والندوات التي نظمتها في كلية طب الكوفة، وديالى والعراقية، ومدينة الطب ومستشفى ابن سينا، ودوائر الصحة العراقية كافة.

ولابد من التنويه على أهمية مهارات التواصل الطبّي عامة لم يتطرق إليها هذا الكتاب وليس من ضمن اختصاصه، وكيف ينبغي أن يتصل المريض بالطبيب، وما المهارات اللازمة لذلك؟ وهو مجال واسع يتعلق بتخصصات أخرى أيضاً كعلم النفس والاجتماع والانثروبولوجي فضلاً عن الطب والتمريض.

المصادر

1. ثامر حمدان أحمد، المدخل إلى الأخلاق الطبية، الطبعة الأولى، مديرية دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة البصرة، 2017.
2. عالم عبد الحميد يعقوب، مبدأ علم الاخلاق الطبية، دار الكتب للطباعة والنشر جامعة البصرة – 1995.
3. منعم الشوك، مبادئ الأخلاق الطبية لطلبة كليات الطب، كلية طب بابل، 2013.
4. Smith R.C., et al., A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study. Acad Med. 1995 Aug;70(8):729-32.
5. Silverman JD, Kurtz S.M, Draper J. 3rd, Defining what to teach and learn: an overview of Communication skills Curriculum. In: Skills for Communicating with Patients, Radicliffe Publishing Ltd, London. New York. 2013.

هيكل المقابلة الطبية الشكل (1)



أسس التواصل الفاعل

إن الإبداع يظهر حينما يعمل الإنسان بظروف غير مثالية، ويعطي نتائج مثالية

إن المريض هو المعلم الأساس للطالب والطبيب على حدٍ سواء

أبو بكر الرازي وأثره في الطب

إن تعلم مهارات التواصل في الطب رحلة مستمرة لا تنتهي مدى الحياة

يمكن إدراك أهمية التواصل الفاعل بمقارنته بأهمية المعلومات الطبية التي يحصل عليها الطبيب في أثناء مراحل تعليمه الأكاديمي النظري، فلا قيمة لما يتعلمه الطبيب إذا لم يستطع إيصاله للآخرين. ومهارات التواصل هي التي تحول المعلومات النظرية إلى ممارسة عملية، فالخلل في مهارات التواصل مثل الذي يحمل عملة نقدية ضخمة "معلومات علمية" لا يمكن أن تصرف في السوق الذي يتجول فيه. فيجب على الطبيب إتقان التواصل بالمرضى بمستوى إتقان الفحص البدني على الأقل.

يجب أن تتضمن أية عملية تواصل على مشاركة فكرة، مشاعر، توجه أو سلوك ما مع الآخرين. ويعد التواصل الإنساني جانبًا مهمًا من جوانب الحياة الاجتماعية؛ فهو أداة فاعلة من أدوات التفاعل بين الأفراد والجماعات. ويؤدّي دوراً مهماً في التطور والتغير الاجتماعي والثقافي والاقتصادي، فكلما اتسعت وتنامت خطوات التغيير والتطور، اتسعت وازدادت الحاجة إلى تبادل المعلومات والأفكار والخبرات، ومن ثم إلى قنوات التواصل لنقلها وإيصالها إلى الأفراد والجماعات، والتواصل إحدى المهارات الأساسية في الحياة المهنية للطبيب.

الأسباب المنطقية لجدوى التدريب على مهارات التواصل

ليست مهارات التواصل منهاجاً اختيارياً إضافياً، لكنه يحوّل المعلومات النظرية إلى ممارسات عملية: ويحتل مفهوم "كيف نتصل" أهمية "ماذا نقول"؟ "1"

ويُعد تواصل الطبيب – المريض محور الممارسة السريرية، وأحد أهم المهارات السريرية الأربع، والتي ترفع الكفاءة الطبية السريرية، وهي:

- كمية المعلومات التي يحصل عليها الطبيب من التاريخ المرضي.
- مهارات التواصل التي تُيسر للطبيب استقاء هذه المعلومات.
- الفحص البدني المكمل للمعلومات السريرية.
- قابلية حل المشكلات

لذلك استحق الدراسة المنهجية وضرورة إعادة النظر ووضعه الموضع الصحيح. فلا بدّ من مراجعة المشكلات الكبيرة التي تشوب هذا التواصل، والتي تؤدي إلى تدهور نتائج الرعاية الصحية، إذ تؤكد الدراسات أن التواصل الفاعل ضروري لضمان رعاية صحية كفوءة، لترفع من درجة رضا المريض وقناعته وتذكّره واستيعابه والتزامه وتحسن رعايته "1".

فلابدّ من تعلّم مهارات التواصل وتعليمها على أنها مجموعة مهارات سريرية يمكن تعلّمها وترسيخها بالممارسة التي تتجاوز السمات الشخصية. لأن الخبرة المهنية قد تكون معلّماً ضعيفاً وبطيئاً وغير منظم لهذه المهارات، وقد ترسخ الخبرة العادات السيئة التي تعلمها الطبيب في حياته المهنية. لذلك نحن بحاجة إلى طرائق محددة لتعلّم وتعليم مهارات التواصل في أثناء التدريب " 2": ومن الضروري أن يتخذ تدريب مهارات التواصل نظام تعليم المهارات المنهجي للوصول إلى تغيير سلوك المتعلم. واعتماد طرائق التدريب التجريبية التي تشمل الملاحظة والمراجعة وتقمص أداء الأدوار. والتدريب على مهارات التواصل التي تحسن الممارسة السريرية:

إن جميع أهداف المقابلة تبنى على بناء العلاقة المتينة مع المريض، وسنحصل على المكافأة التي يقدمها التدريب على مهارات التواصل هي تحسن الأداء السريري:

- **التواصل لا يعني أن يكون الشخص لطيفا فقط، وإنما يؤدي إلى مقابلة طبية مفيدة للمريض والطبيب معاً.**
- **يؤدي التواصل الفاعل إلى تحسين:**
  - **الدقة والقدرة والدعم.**
  - **نتائج الرعاية الصحية للمرضى.**
  - **قناعة المريض والطبيب.**
  - **العلاقة العلاجية "Therapeutic relationship".**
- **يقلص التواصل الفاعل الهوة بين طب البيّنة "Evidence based medicine" والعمل مع المرضى كأفراد. "1"**

مزيات التواصل الفاعل

مزيات التواصل الفاعل:

1. **يؤمّن التواصل تفاعلاً بين المرسل والمستقبل وليس مجرد النقل المباشر للمعلومات.**
2. **يقلل التواصل الغموض غير الضروري في المقابلة الطبية.**
3. **يحتاج التواصل إلى التخطيط والتفكير بلغة النتائج.**
4. **يحتاج التواصل إلى إظهار المرونة "الديناميكية".**
5. **يمتاز التواصل الفاعل بالتتابع اللولبي المتصاعد. "1"**

1 - يُؤَمِّن التواصل تفاعلاً بين المرسل والمستقبل وليس النقل المباشر للمعلومات: فإذا ما نُظر إلى التواصل على أنه عملية نقل مباشرة فإن المرسل للرسالة يفترض أن مسؤوليته كمتصل قد أُكملت حينما يصوغ رسالته ويرسلها. في حين إذا كان التواصل تفاعلياً فإنه لا ينتهي إلاّ إذا تسلم المرسل الإجابة الراجعة من المستقبل ومعرفة كيف فُسرت رسالته، وهل فُهمت، وما تأثيرها فيه.

أمّا مجرد نقل المعلومات فقط أو الإنصات فقط فغير كافٍ - لذلك ينبغي التركيز على تسلّم إجابة المستقبل والتعرف على تأثير الرسالة واستجابته لها التي هي في غاية الأهمية. وهكذا يتحول التركيز على العملية التواصلية بين المرسل والمستقبل التي تدعى بالاستقلالية التشاركية بينهما، وإن لإسهام المستقبل ومبادأة المرسل أهمية متقاربة "3". وأصبح هدف التواصل إرساء قاعدة توافقية عامة للفهم المشترك "4". ومن الأمثلة الحديثة للتواصل الفاعل نجاح البرامج التفاعلية في الأوساط الإعلامية المختلفة بين المشاهدين والمستمعين ومقدمي البرامج والضيوف، وكثرة استعمال برامج شبكة المعلومات العالمية "الشابكة" مثل الفيس بوك والواتس آب التي يصل عدد مشتركيها بالمليارات من البشر. وتزداد في الوقت نفسه البرامج التفاعلية في التعليم الطبي وعلى سبيل المثال لا الحصر: مواقع الاستشارات الطبية التي يعرض فيها المرضى معاناتهم ويستجيب الأطباء لهم وبرامج كثيرة أخرى.

ونرى بالمقابل تخلف التعليم وعدم حضور الطلبة إلى المحاضرات التقليدية حينما يكون التواصل فيها من طرف واحد، لأّن المعلومة يمكن أن يطلع عليها من مختلف وسائل التواصل حتى استُغنى بمكاتب الاستنساخ عن محاضرات الأساتذة التي تكثر قرب الكليات العراقية!

2 - يقلل التواصل الغموض غير الضروري في المقابلة الطبية: تعاني الممارسة الطبية لدرجات معينة من الغموض وعدم الوضوح في تفاعل الطبيب مع المريض، ويشتت الغموض الانتباه ويؤثر في الدقة والكفاءة وبناء العلاقة بين الطبيب والمريض. ويؤدي الغموض غير المبدد في أي مرحلة من مراحل المقابلة الطبية إلى قلة التركيز أو القلق وبسببه يغلق التواصل الفاعل. فمثلاً، قد يلف الغموض توقّع المريض من المقابلة، وأهمية سلسلة الأسئلة التي يطرحها الطبيب فقد يسأل الطبيب عن ضيق التنفس ويتبعه سؤال عن تورم القدمين، ولا يعرف

المريض أهمية تعاقب هذه الأسئلة، كما يصعب على المريض تحديد دور أفراد فريق العلاج إذا لم توضح له توضيحاً دقيقاً، ولاسيما المرضى الراقدين في مستشفيات تعليمية "طبيب، مقيم، صيدلي سريري، ممرضة، طالب ". ومن الجانب الآخر، يعاني الطبيب من غموض في ممارسته المهنية، فالغموض يحيط بطبيعة المرض وكيفية علاجه، على الرغم من تقدم الطب والكشف عن الكثير من تفاصيل الأمراض وطرق علاجها إلاّ أن التقدم أوجد حالات أخرى بمثابة معضلات أكبر بشأن كيفية التعامل معها، ومازال الطبيب يواجه غموضاً في كيفية التعامل مع المرضى المصابين بأمراض لا يمكن الشفاء منها أو كيفية الإخبار عنها. وما أعظم الرازي حينما أكد أنّ:

الحقيقة في الطب غاية لا تدرك

إن تقليل الغموض حول التشخيص والنتائج المتوقعة من العناية مهمة واضحة بالرغم من أن بعض الغموض ضروري في بعض المواقف الطبية. ولكن حتى في هذه الحالة، فإن مناقشة ما وصلت إليه المعرفة في هذه المرحلة ونقصانها حتى الآن يمكن أن يقلل من الغموض ويبني قاعدة عامة من الفهم المشترك، ويزيد من التزام المريض!!

3 – يحتاج التواصل إلى التخطيط والتفكير بلغة النتائج: يتحدد تأثير المقابلة الطبية بالنتيجة التي يرغب الطبيب الوصول إليها. لذلك ينبغي أن يسأل الطبيب نفسه في كل موقف من مواقف المقابلة الطبية الأسئلة الآتية:

- **أين أنا؟**
- **إلى أين أريد أن أصل؟**
- **ما المهارات التي ينبغي عليّ استعمالها للوصول إلى الهدف؟**
- **كيف أربط بين الهدف الذي وصلت إليه ومسار المقابلة؟**

فمثلاً إذا أراد الطبيب أن يتعرف على شخص المريض، فيقول أنا في مرحلة افتتاح المقابلة وأريد أن اتعرف على شخص المريض وأستعمل مهارة السؤال المفتوح للوصول إلى الهدف، وأربط ما توصلت إليه بتحديد الهاجس الأول الذي جاء المريض من أجله. ومن ناحية أخرى، كيف يكون سلوك الطبيب إذا غضب المريض، وما النتيجة التي يسعى الطبيب في الوصول إليها؟ هل يرغب التعبير عن مشاعره؟ أو أن تكون النتيجة حل مشكلة معينة؟ أو التعبير عن سوء فهم موقف معين أدى إلى الغضب؟ أم يريد أن ينهي المقابلة من دون حل للمشكلة؟! لذلك يجب على الطبيب أن يخطط للنتيجة التي يسعى إليها ليكون فاعلاً.

4 – يحتاج التواصل إلى اظهار المرونة "الديناميكية": إذ يتغير التواصل بين المريض والطبيب من وقتٍ لآخر ومن موقف لآخر، وقد يكون احتياجاً مناسباً في موقف معين وغير مناسب في موقفٍ آخر. وتختلف حاجات

الأفراد وتتغير باستمرار حسب السياق الآني. ما يدركه المريض البارحة بشكل واضح قد يبدو اليوم مختلفاً وغير مستوعب لما يحصل، وقد يوافق اليوم على إجراء معين وينسحب منه غداً. لذلك يحتاج التواصل إلى المرونة في أثناء العلاقة مع المريض لتلبية احتياجاته المتغيرة. وتجسد المرونة في التعامل مع المرضى الحكمة الطبية:

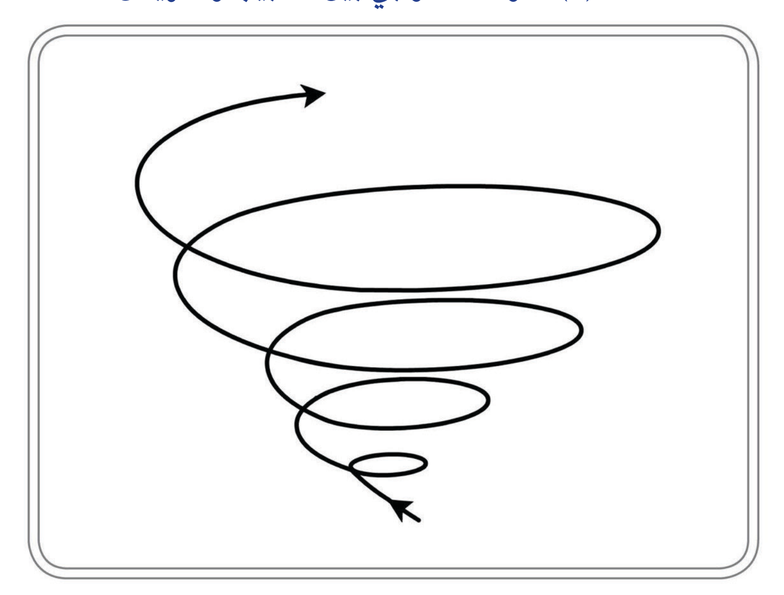
علينا أن نلتقي المرضى أينما يرغبون اللقاء ونأخذهم أينما يريدون

5 - يمتاز التواصل الفاعل بالتتابع اللولبي المتصاعد: الذي له تطبيقان"3 "؛

أولاً: لقول الطبيب تأثير لما يقوله المريض بشكل لولبي متصاعد، لذلك فإن تواصلنا يتطور تدريجياً عند تفاعلنا ويزداد فهم أحدنا للآخر، لاحظ الشكل (2).

ثانياً: يعيد الحوار اللولبي التواصل ويكرره في مستويات مختلفة في كل مرة، والإعادة أو التكرار ضروريان لأجل تحقيق تواصل فاعل وفهم مشترك. وكلما تطابقت الصور الذهنية للمشكلة الصحية بين المريض والطبيب سيؤدي إلى ازدياد التزام المريض بالبرنامج العلاجي.

الشكل (2) التواصل اللولبي بين الطبيب والمريض



الأسئلة

1. ما الأسباب المنطقية لدراسة مهارات التواصل؟
2. ما المكافأة التي يحصل عليها الطبيب حينما يتمكن من مهارات التواصل؟
3. ما مزيات التواصل الفاعل، أشرح واحدة منها باختصار؟

المصادر

1. Silverman JD, Kurtz S.M, Draper J. 3rd, Defining what to teach and learn: an overview of Communication skills Curriculum. In: Skills for Communicating with Patients, Radicliffe Publishing Ltd, London. New York. 2013.
2. Kurtz SM,: Curriculum structuring to enhance communication skills development. In: M Stewart and D Roter (eds) Communicating with Medical Patients. Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.1989.
3. Dance FEX and Larson C E (1972) Speech Communication: concepts and behavior. Holt, Rhinehart and Winston, New York. 1972.
4. Baker SJ (1955) The theory of silences. J Gen Psychol. 53:1955: 145.

الرعاية الصحية الشاملة:
المنظور الإحيائي والنفسي والاجتماعي

كان الطب يعتمد في الأعم الأغلب على أعراض المريض، وأدخل العرب بعض الفحوص السريرية وقدمت أدبيات الطب العربي توجيهات للأطباء والصيادلة والممرضين والمرضى وأهلهم ومن يقوم بخدمتهم وزائريهم. وخصص فصلاً لعيادة المرضى؛ ويتضمن سجلاً لكل مريض للتعرف على أسباب الأمراض التي يعرفها الأطباء العرب، والسؤال عن المأكل والمشرب والحركة والسكون، والنوم واليقظة، والاحتقان والاستفراغ، وتأثيرات المحيط الخارجي والانفعالات النفسية ومحلات السكن "1".

وبعد الثورة الصناعية في أوربا كثر الاعتماد على العلامات المرضية، واعتمدت مبادئ الطب الحديثة في القرن الثامن عشر على التطور الحاصل في العلوم البايولوجية "الإحيائية" بعد اكتشاف المجهر والسماعة الطبية، وبدأ الأطباء بتشريح الموتى ومعرفة أسباب وفاتهم، وأدى ذلك إلى ظهور علامات مرضية وبيانات طبية كثيرة، استطاع الطبيب أن يفسر أسباب الأمراض والوفيات على أساس عضوي، وتأثراً بالثورة العلمية والمنهج التجريبي الذي اعتمده الغرب في التخلص من هيمنة الكنيسة وكل ما يتعلق بالجانب الإنساني أو الروحي للعلم. والذي لخصه تقرير فليكسنير "2" بعد أن راجع مناهج 154 كلية طبية في الولايات المتحدة وكندا، وأكد أنّ أهداف الطب الصحيحة هي: إدارة المعركة ضد المرض، ونتج عن ذلك بناء نموذج تعليمي في كليات الطب يُركز على الاختلال التشريحي والوظيفي لبدن الإنسان، المبني على دراسة العلوم الطبية المنفصلة عن بعضها ويتبعها التدريب السريري Science-Based Subject – Based Curriculum، وما زال هذا الأساس التقليدي متبعاً في معظم كليات الطب العراقية والتي لم يتغير فيها هذا الترتيب والإطار حتى الآن مع بعض الاستثناءات القليلة " 3".

وأعيد طبع تقرير فلكسنير في سبعينيات القرن الماضي، وتبين في الربع الأخير منه أن هذا المنهج لا يلبي مهام الطب العلمية والاجتماعية، وأن المشكلات الصحية أعقد من أن تُفسر بمنظور أحادي. لذلك ظهرت أهمية الرعاية الصحية الشاملة للمريض التي تتناول المجالات الإحيائية والنفسية والاجتماعية معاً " Biopsychosocial approach ".

ووسـع جورج أنجـل " 4" المنظـور الإحيائي الطبي السـائد بالممارسـة الطبية التقليديـة بإظهار أهمية العوامـل النفسـية والاجتماعيـة في تشـخيص الأمراض وعلاجها ومـا يتبعها مـن نتائج الرعايـة الصحية، وأبقى المفهـوم المركـزي الطبي الإحيائـي "Biomedical Concept" فـي الصميم، وانعكس ذلك علـى أهمية المقابلة الطبيـة الحديثـة فـي التشـخيص والعـلاج، وأصبـح الطـب أكثر علميـة وإنسـانيةً حينمـا ربطه إنجـل بنظرية الأجهزة العامة "5"أنظر الشكل3.

وبحسب نظرية الأجهزة العامة فإن أي اضطراب في أحد الأنظمة يؤثر في الأنظمة الأخرى، والإنسان جزء من هذه الأنظمة الطبيعية التي تتراوح بين أنظمة متناهية في الصغر كالموروثات الجينية داخل الخلية إلى أكبر الأنظمة: المجتمع والنظام الحضاري العالمي، ومثال ذلك ما حدث في جائحة كورونا 2019 حيث اضطرب النظام العالمي والحضارة الإنسانية بسبب فايروس متناهي الصغر.

ويهمل النظام الإحيائي الطبي "Biomedical system" جميع الأنظمة التي هي أكبر من الإنسان، في حين أن نظام الرعاية الصحية الشاملة يؤكد أن مظاهر المرض الواحد تختلف من مريض وآخر بسبب العوامل المحطية بالإنسان والاختلافات الشخصية والنفسية للمرضى، كما أن استجابة المريض للمرض مختلفة؛ فقد ترى أشخاصاً يعانون من دون أمراض، ومرضى مصابون بأمراض خطيرة كالسرطان ولا تبدو عليهم أية معاناة. ويؤكد نظام الرعاية الصحية الشاملة على أن العلاقة بين الطبيب والمريض لها أهمية كبيرة في مسار المرض ولا سيما الأمراض المزمنة في حين يهمل النظام القديم هذه العلاقة.

وتطور عمل أنجل بظهور مفهوم المقابلة التي محورها المريض 6 " Patient centered interview"" ويؤكد هذا المفهوم ضرورة منح المريض فرصة إدارة الحوار، فيما يتابعه الطبيب في الوصول إلى قاعدة فهم مشتركة؛ هذا ما يفسح المجال لكشف المريض المزيد من العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة في رعايته الصحية الذي يكامل جهد الطبيب في استكشاف الجانب الاحيائي للمشكلة.

وبعد دراسة المقابلة الطبية وتدريسها لمدة 25 سنة تبين لي أن هناك اختلافات جوهرية في المقابلة الطبية التي ندرسها من مصادرها الغربية والمقابلة الطبية التي نجريها في مجتمعنا.

- **المقابلة الطبية التي محورها الطبيب**: ما زالت الممارسة الطبية العراقية تعتمد فلسفة الرعاية الصحية التي محورها الطبيب، ويحتل الطبيب النموذج الأبوي في إدارة الحوار، وما زال المريض يحتل الدور السلبي والنموذج الطفولي في أثناء المقابلة الطبية، ولا زلنا نستعمل مفهوم أخذ التاريخ المرضي بدلاً من المفهوم الحديث "المقابلة الطبية".

- **المقابلة العائلية**: إن الذي نبهني هو أن المقابلة الطبية في المجتمع الغربي ثنائية القطب "المريض والطبيب"، وكل أدبيات الحوار الطبي للمعارف والمهارات تستمد من العلاقة الثنائية. في حين أن غالبية المقابلات في مجتمعنا مقابلات عائلية ثلاثية الأقطاب أو أكثر، ونحتاج أن نفصل بين المرافق والمريض ونركز اهتمامنا على المريض أولاً، ثم نسمح للمرافق بإبداء رأيه عن المريض، والحذر من إهمال المرافق الذي سيثير لنا المتاعب إذا لم نشركه في الحوار. والقرار الطبي في مجتمعنا غالبًا قرار عائلي أكثر مما هو فردي، لذلك عند مناقشة الإجراء الطبي

يجب أن توافق عائلة المريض والمريض معًا، وعند العمليات الجراحية الحرجة يطلب الطبيب موافقة ثلاثة شيوخ من العشيرة حتى لا يلاحق عشائريًا بعد العملية!

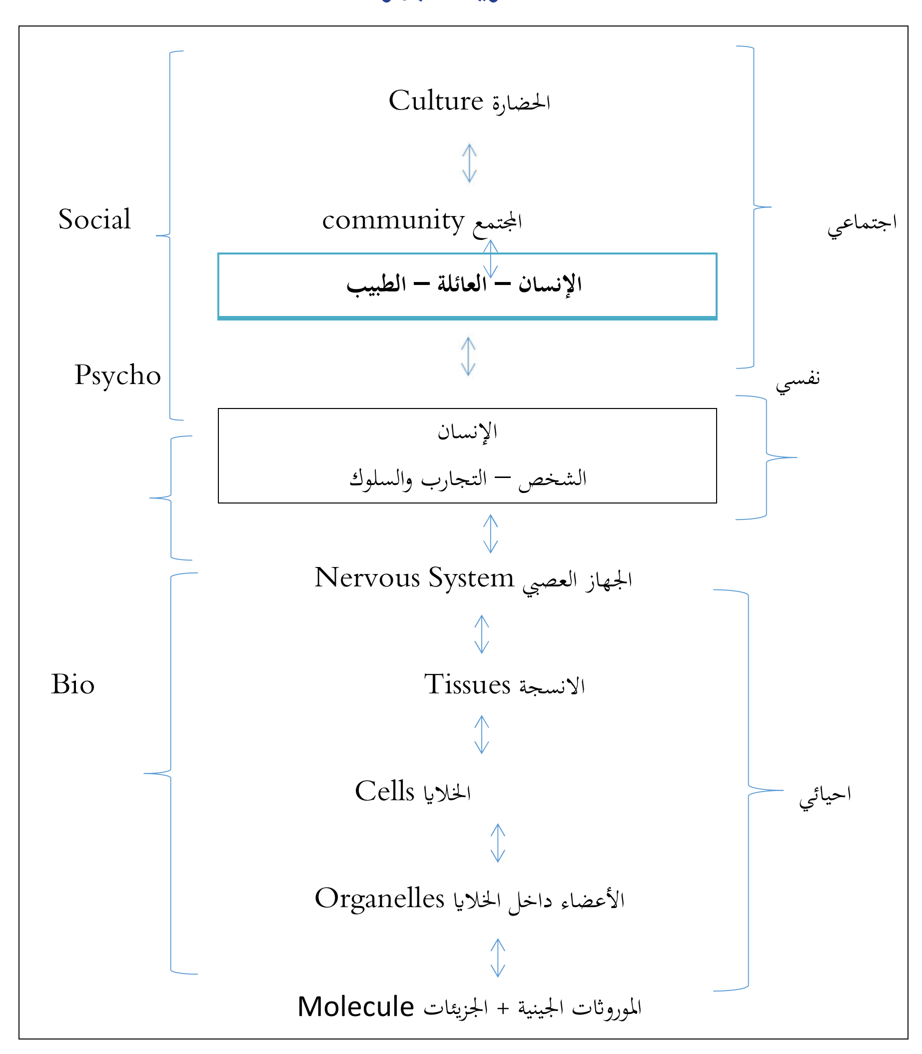
- **أهمية الجانب الروحي**: من الملاحظات الجديرة بالاهتمام أن الأطباء والمرضى على حدٍ سواء يؤكدون على الجانب الروحي في ممارستهم الطبية، والذي يرتبط بثقافة المجتمع والتزامه الديني، لذلك نرى أن الأطباء يستندون في عملهم على الآية القرآنية "وإذا مرضت فهو يشفين" وتكثر لديهم استعمال عبارات روحية، مثل إن شاء الله، والله كريم، وعلى الله، وعلينا الحذر من استعمال هذه العبارات في غير أماكنها المناسبة، لأن استعمالها في أماكنها غير الصحيحة ستقلل من ثقة المريض بنا، فمثلاً حينما نقابل أحدى المريضات المصابات بسرطان الثدي ونقول لها في بداية المقابلة لا تهتمين أن شاء الله خير بسيطة، ولديها تجربة أختها الأليمة التي توفت بسرطان الثدي، وسمعت هذه العبارات من أطباء آخرين، ستشعر المريضة أن هذا تطمين كاذب. وقد تستعمل هذه العبارات المقدسة من دون النظر لأهميتها الروحية وبلغة خشبية ومن دون عاطفة، فقد نعد أحد المرضى بكلمة إن شاء الله ولن نطبق ما وعدناه به! وبالمقابل نرى أهمية هذا الجانب عند المرضى، وتمسكهم بهذا الجانب الضروري الذي يسهم بالتزام المريض ويسرع بالشفاء إذا ما استعان به الأطباء لتمتين العلاقة مع المرضى وتوضيح العلاقة بين الطب والدين بطريقة تكاملية.

- **الاختلاف الثقافي في الحوار الطبي**، ويعبر المريض العراقي عما يعاني وحديثه مشحون بتعبير عاطفي، ويركز أو يكرر الكلمة التي يريد أن يؤكدها للطبيب فمثلاً يقول راسي يوجعني أو سوف ينفجر رأسي. وبالمقابل في الثقافة الغربية، حينما يصف المريض أعراضه يستعمل التعبير المعرفي "Information Expression"، فمثلاً يقول أُعاني من الصداع، لذلك يحتاج الطبيب أن يقيم مستوى درجة الصداع فيقول من 1 للألم البسيط و10 للألم الذي لا يطاق كيف تقدر شدة الألم الذي تعانيه؟ وهذه حسنة للمرضى العراقيين ونقدر مستوى المعاناة بدقة بالتعبير العاطفي "Emotional Expression"، ولكن قد تكون مشكلة عندما نواجه المريض القلق أو ذو الثقافة الصحية القليلة والذي يهول الأعراض ولا نتمكن من تحديد مستوى المعاناة ولاسيما في ردهات الطوارئ.

- **الرطانة**: يخلط الطبيب والملاكات الطبية اللغة العربية باللغة الإنكليزية وبطريقة مشوهة تؤدي إلى ضعف التواصل وسوء الفهم بينهم من جانب وبينهم وبين المرضى من جانب آخر. وتنتج هذه الظاهرة عن عدم تمكن الطبيب من اللغة الإنكليزية وضعف في معرفة المصطلحات العربية المقابلة لها، لذلك ترى لغة غريبة عجيبة.

- **استعمال العلاجات الشعبية**: يجب مناقشة المحاولات العلاجية للمرضى ولاسيما الأمراض المزمنة والخبيثة، لأنها غالبًا ما تتضمن علاجات شعبية "أعشاب، حجامة، زيارة المعالجين الشعبيين والسادة والأضرحة المقدسة لطلب الشفاء"، وأن لا نرفض هذه المحاولات ولكن نناقشها ونرى مقدار استجابة المريض لها، ونصوغ خطة علاجية ونسمح لهم ببعض هذه الإجراءات على أن تعزز الخطة العلاجية ولا تتعارض معها.

الشكل 3 نظرية الأجهزة العامة



المصادر

1. كمال السامرائي، سلمان داود علي، كتاب أدب الطبيب تأليف أسحق بن علي الرهاوي، سلسلة خزانة التراث، دار الشؤون الثقافية العامة، وزارة الثقافة والاعلام، بغداد 1992.

2. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Science. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

3. غانم الشيخ، مصطفى ع غ، كاظم ط ج، الزبيدي ر ض، العلاك م م، راوندوزي م أ، تقويم مناهج كليات الطب العراقية في ضوء مؤشرات التطور في التعليم الطبي، مجلة الفتح، العدد 73، آذار، 2018.

4. Engel, George L. "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". Science 196:1977:129 –136.

5. von Bertalanffy, L., General System Theory: Foundations, Development, Applications, 1968, New York: G.Braziller.

6. Levenstein JH, Belle Brown J, Weston WW, Stewart M, McCracken EC and McWhinney I, Patient-centred clinical interviewing. In: M Stewart and D Roter (eds) Communicating with Medical Patients. Sage Publications Inc., Newbury Park, CA, 1989.

المقابلة الطبية

فقدت الرعاية الطبية اعتبارها لآدمية الأشخاص، بل وقد يذهب بعضهم إلى القول إنها أصبحت "غليظة القلب".

وفي حالات مفرطة الكثرة لم يعد المريض يعامل على أنه شخص بل على أنه أجزاء بدنية في خط تجميع، يتولى علاج كل جزء منها طبيب متخصّص به كثيراً ما يتمتع بخبرة عظيمة.

ماركريت تشان رئيسة منظمة الصحة العالمية

إن من البيان لسحرا "حديث نبوي شريف"

إِنَّ اللَّئِيمَ بِقُبْحِ الـقَـوْلِ تَعْرِفُــهُ — وبالـحِوَارِ طِبَاعُ النَّاسِ تُكْتَشَــفُ

فَنُّ التَّخَاطُبِ ذَوْقٌ لَيْسَ يُدْرِكُهُ — إِلَّا كَرِيْمٌ بِـحُسْنِ الـخُلْقِ يَتَّصِفُ

الشاعر جهاد جحا

الحوار الاجتماعي

الحوار من المحاورة؛ وسيلة من وسائل التواصل بين الناس، وأسلوب حضاري لمراجعة الكلام وتداوله بين طرفين أو أكثر وترتيب الأفكار واعتماد الأدلة للوصول إلى حل مشترك لأي قضية تستحق النقاش والمحاورة. ويمتاز بالهدوء والبعد عن الخصومة والتعصب. والحوار البنّاء مطلب إنساني، يستعمل للتعرف على وجهات نظر الطرف أو الأطراف الأخرى وإشباع حاجة الإنسان للتواصل مع محيطه، ووسيلة التفاهم والاتفاق بين الناس.

ويمكن أن نرى الآثار الإيجابية للحوار من الحماسة التي يظهرها المتحاورون للبحث عن الدليل والتفكير السليم للوصول إلى الحقيقة. ويؤثر الحوار الهادئ في سلوكهم وترى المتحاور ينصت إلى محاوره ويستجيب للدليل، وتقل مظاهر حب الذات والأنانية والغرور والتكبر، ويضع الحوار البنّاء أساساً سليماً للعلاقات الأسرية والاجتماعية والتكامل الإنساني بعيداً عن فرض الرأي والعنف.

آداب الحوار، ينبغي أن يتصف الحوار بالآداب الآتية:

المرجعية: ينبغي أن يتفق المتحاوران على مرجعية واحدة يحتكمان إليها، وإذا لم يتفق المتحاوران على مرجعية محددة لن يصلا إلى تحقيق الهدف الذي يسعيان إليه.

النية الصادقة: ينبغي أن يخلص المتحاور النية مثل إخلاص النية لله، أو لهدف نبيل "أنا وأنت والمرض ثلاثة؛ فإذا كنت مع المرض ستكونان اثنين ضد واحد ستغلبانني، وأما إن كنا معًا سنكون اثنين ضد واحد سنغلبه"، وأن لا يكون هدف الحوار قهر الخصم والتباهي والفصاحة واللباقة.

التواضع: ينبغي أن يتصف المحاور بالتواضع وإن كان هناك فروق اجتماعية بين المتحاورين. وينبغي التأدب مع الطرف الآخر، وحفظ اللسان، وعدم السخرية منه والاستهزاء به، وتجنب الكلمات الجارحة. وتقبل آراء المقابل قبولاً موضوعياً، ولاسيما حينما يكون الفارق الثقافي كبيراً بين المتحاورين.

الحلم والصبر: على المحاور أن يتجنب الغضب والتعصب والصراخ والهجوم وأن يتحلى بالصبر وهدوء الأعصاب وكظم الغيظ في الأوقات الحرجة من الحوار.

الإنصات: ليس من الخلق أن تستأثر بالكلام وترفع صوتك، وإنما ينبغي أن تتعلم حسن الإنصات، وتعطي فرصة ليبين الآخر أفكاره وحججه وقناعاته دون مصادرة أو تعطيل.

المحبة: إن الإنسان عاطفي أكثر منه منطقي، لذلك ينبغي أن تسود المحبة على الرغم من الخلاف ومهما اختلفت الآراء، وأن لا يفسد للود قضية، كما يقال في المثل الشائع.

الوقت المناسب: اختيار الوقت المناسب للحوار ضرورة عملية والتفرغ الكامل له والتهيؤ تهيئة مناسبة مثل اللقاءات الصحفية التي يعد لها اعداداً مناسباً قبل إقامتها.

استعمال اللغة غير اللفظية المناسبة لتعضيد الحوار اللفظي.

تجنب الجدل وسوء الظن: أما الجدال : من جَدَلَ الحبل إذا فَتَلَه؛ وهو مستعمل في الأصل لمن خاصم بما يشغل عن ظهور الحق ووضوح الصواب، ويجب أن تتوقف عند الوصول إلى طريق مسدود في أثناء الحوار وعدم جدال الجاهل والوقح، ويمكن التعرف على الجدل حينما تلاحظ إحدى هذه العلامات:

- رفع الأصوات: ولا يعد رفع الصوت حجة معتبرة أو دليلاً صادقاً في أثناء الحوار.
- تكرار الحجج والأدلة نفسها، ما يشعر المقابل أنه يريد فرض رأيه ولا يريد الوصول إلى الحقيقة.
- رفض البديهيات: وكما قال الإمام الشافعي رحمه الله: رأيي صواب يحتمل الخطأ، ورأي غيري خطأ يحتمل الصواب، ويمكن أن نلحظ الفرق بين الحوار والجدل بالجدول الآتي:

الحوار	الجدل
الهدوء	التعصب
احترام متبادل	ضوضاء
اعتراف بالخطأ	المقاطعة
يؤدي الى المعرفة	الى فرض الرأي

ويقول دايل كارينجي في كتابه كيف تؤثر في الآخرين وتكسب الاصدقاء "1888-1955" أن الوصفة التي تؤدي إلى نفور الناس من حولك هي: أن لا تُعطي أحداً فرصة للحديث، وأن تتكلم من دون انقطاع وعدم انتظار حديث الآخرين، وإن تقتحم عليه الحديث وتعترض على كلامه وهو في منتصفه.

المقابلة الطبية

ليست لقاءًا عابرًا أو حوارً بلا هدف، مثل جلسة اجتماعية تبادل أحاديث غير مترابطة، وإنما هو لقاء بين خبيرين، الأول خبير مهني "الطبيب" لديه آلياته الطبية التي يستعملها في الحوار، والخبير الثاني المريض، وله خبرة نفسية واجتماعية واسعة عن حياته في أثناء المرض، ويتصرف كلا الطرفين بحسب نمطه الخاص وموروثه من التقاليد والقواعد الضمنية والتي تؤدي إلى مناقشة رفيعة المستوى.

وتُعرف بنوع خاص من أنواع الحوار الاجتماعي، وتُعدُّ حجر زاوية الممارسة الطبية، والقاعدة التي ينطلق منها الطبيب لبناء علاقة ثقة بالمريض، وأكثر إجراء طبي يمارسه الطبيب طيلة حياته المهنية ويقدر بـ 200000 مقابلة طبية، وأهم إجراء طبي وأداة تشخيصية، وتزداد أهميتها مع التقدم العلمي والتقني في الوقت الحاضر الشكل (4).

هيكل المقابلة الطبية العربي

بعد تدريس المقابلة الطبية وتعريب دليل تكامل محورية الطبيب والمريض في المقابلة الطبية "1" ودليل كالكاري – كامبردج "2" الذي شاع استخدامه في أكثر من 70% من العالم كمنهج لمهارات التواصل في الطب. واستعماله لعقدين من الزمن في الدورات وورش العمل أرى أننا بحاجة إلى دليل معدل يتوافق مع الممارسة الطبية العراقية يأخذ بالاعتبار الاختلافات الثقافية والاجتماعية بين الحضارة الغربية والعربية. رسمت هيكلاً للمقابلة المختصر "الشكل 1، وهيكلاً تفصيليًا الشكل 4، وكما يأتي:

- ووضعت احترام المريض كمبدأ فوق جميع مهام المقابلة، لأننا بحاجة ماسة لتبني المقابلة الطبية التي محورها المريض، ونغير فلسفة الطب في مجتمعنا الذي يعتمد في الغالب على المقابلة الطبية التي محورها الطبيب، وتليها مهام المقابلة الخمس بالتتابع.
- افتتاح المقابلة الطبية، وتتضمن التهيؤ للمقابلة والتعرف على المريض واسمه وكنيته وإرساء الألفة وبناء العلاقة الإنسانية الشخصية مع المريض، التعرف على أسباب المقابلة "تحديد المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية".
- الجزء الأول، محورية المريض، الرواية المرضية "Narrative Base Medicine"، والتي تحتوي على المعاناة والأعراض من وجهة نظر المريض، وزِدتُ عليه التباين الثقافي والحرج اللغوي المشكلتان اللتان تتميز بهما الممارسة الطبية في مجتمعنا، وذلك لقلة الثقافة الصحية وشيوع الرطانة بين الطبيب والمريض.
- الجزء الثاني، محورية الطبيب، التي تتناول الاستمرار في جمع البيانات بعمق أكثر تحليل الأعراض المرضية.
- الاستنتاج السريري كمهمة مستقلة لأننا غالبًا لا تتوافق الصورة الذهنية بين المريض والطبيب ولاسيما في الأمراض المزمنة والإجراءات الوقائية من الأمراض مثل الفحص البكر لاكتشاف الأمراض المزمنة والخبيثة. – تدبير الخطة التشخيصية والعلاجية التي تشابه التوضيح والتخطيط في الدليل بمفرداتها الواسعة، وأخيرًا – اغلاق المقابلة الطبية. ووضعت على طول المهام الخمس المتتالية

- مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية بدلاً عن بناء العلاقة واعداد هيكل المقابلة لأن هاتين المهمتين وجميع المهام الخمس السابقة تعتمد على مهارات التواصل، وأن المطلع على الهيكل الأصلي سيرى التغير الحاصل والاختلاف بينه وبين الدليل العربي، ولاقى تطبيق الدليل ترحيبًا من الدورات مهارات التواصل التي نقيمها في العراق، لأنه يحاكي ممارستنا الطبية. ونحتاج أن نختبره كأداة تقييمية في تعليم مهارات التواصل.

الشكل "4" هيكل المقابلة الطبية العربي المفصل

<table>
<tr><td colspan="3">احترام المريض</td></tr>
<tr><td rowspan="7">المهارات
اللفظية
الأسئلة
الإنصات
التلخيص
التحري</td><td>افتتاح المقابلة
التهيؤ
إرساء الألفة وبناء العلاقة الإنسانية الشخصية مع المريض
التعرف على أسباب المقابلة "تحديد المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية"</td><td rowspan="7">المهارات
غير اللفظية
لغة الجسد
التواصل الرمزي
التعاطف</td></tr>
<tr><td>الرواية المرضية الجزء الأول "محورية المريض"
المعاناة
الأعراض المرضية والبيانات الثانوية
التباين الثقافي والحرج اللغوي</td></tr>
<tr><td>الرواية المرضية: الجزء الثاني "محورية الطبيب"
تحليل الأعراض المرضية
مراجعة أعراض أجهزة الجسم
المعلومات المساعدة ذات العلاقة</td></tr>
<tr><td>الفحص البدني</td></tr>
<tr><td>الاستنتاج السريري</td></tr>
<tr><td>خطة التدبير: التشخيصية والعلاجية
أولا: توجيه المريض إلى أن المقابلة انتقلت إلى مرحلة جديدة "الخطة العلاجية" واستئذانه للبدء بمناقشتها.
ثانياً: ينبغي التعرف على معلومات المريض قبل البدء بأخباره.
ثالثاً: إخبار المريض بالمعلومات والتأكد من استيعابه لها.
رابعاً: ادع المريض للمشاركة في صنع القرارات المشتركة.
خامساً: اشرح خطة العلاج بتكرار وضمنّها منظور المريض إلى أن يوافق عليها.
سادساً: لخص القرارات واعط خطة أو تعليمات مكتوبة.
سابعاً: اضمن الدعم العائلي والمجتمعي لنجاح الخطة.</td></tr>
<tr><td>إغلاق المقابلة والمتابعة
الاستفسار عن مشكلات المريض وهواجسه التي لم يتطرق إليها.
التلخيص النهائي للإجراءات
التخطيط المستقبلي</td></tr>
</table>

المقابلة الطبية التي محورها الطبيب / المرض "Disease –centered Medical Interview"

وهي الطريقة التقليدية المسيطرة على الممارسة الطبية منذ 1880، والتي يستقي بها الطبيب التاريخ المرضي وتشمل المعاناة الحالية، وتاريخ المعاناة السابقة، العلاجات، وتاريخ الحساسية، التاريخ العائلي والاجتماعي، ومراجعة أجهزة الجسم، وصيغة بأسلوب معياري ومنظم لإستقاء التاريخ المرضي. وتعززت حينما أُدخلت طرق الفحوص والتحري الحديثة عن آلية الأمراض الداخلية التي حسنت بدورها من تفسير مشكلات المرضى: التصوير الشعاعي، علم الجراثيم، الكيمياء الحياتية، وأمراض الدم والتي تعد من أساسيات مهنة الطب. كما زادت من إدراك الأطباء لآلية الأمراض ووصل إلى مستوى الخلية وما هو أبعد من ذلك.

وزودت الطريقة الأطباء بمنهج واضح لأخذ التاريخ المرضي وتوثيقه. وبينت بناءً محكماً للوصول إلى تشخيص أو استبعاد المرض العضوي. وبسطت العملية المعقدة ووحدتها ومنعت حذف النقاط الرئيسة وساعدت على إبراز المعلومات المستنبطة من المريض بنماذج معيارية مفهومة.

وبالمقابل، ركّزت تركيزاً متزايداً على العضو المعتل وظيفياً وغارت إلى المستوى الخلوي، وحالياً إلى المستوى الجزيئي. وهذه الموضوعية المفرطة قد تهمل ما يتصل بالمريض الإنسان والكيان الكامل – الذي تُرك كله من أجل جزئه. وتركت هواجس المريض ومخاوفه جانباً وانحصر التركيز على وظائف الأعضاء. ولا تهدف مثل هذه الطريقة لفهم معنى المعاناة بمنظور المريض، ولا تضع في سياقها محيطه الحياتي أو العائلي. ولا تحضى الموضوعات الشخصية مثل معتقدات المريض وأفكاره وهواجسه وقلقه ومشاعره محلاً فيها. لأن العلم يتعامل مع الأمور الموضوعية وبالوسائل التي يمكن قياسها فقط. وتربى طلبة الطب تقليدياً على الموضوعية البحتة والتقنية على حساب فهم المعاناة. وتثقفوا على التركيز على كشف آلية المرض وهكذا تجنب التعليم إدراك المريض ومشاعره.

وتعّلم الأطباء أن الأعراض التي يحتاجون استكشافها للوصول إلى التشخيص تقترح الآتي، إن الطبيب إذا سأل 15 سؤالاً مغلقًا حول عمل عضو معين، سيجمع جميع المعلومات التي يحتاجها عن ذلك العضو، ومن ثمّ تزداد الأسئلة المغلقة لتصل إلى أكثر من مئة سؤال للتحري عن جميع أجهزة الجسم. وإن الأسلوب المغلق في الأسئلة يشجع عملياً على استقاء معلومات غير دقيقة وغير كافية. وفي الحقيقة، إن البحث المبكر عن الحقائق العلمية هو الذي يمنع الطبيب من الانصات ويمنعه من استقاء التاريخ الدقيق والتقاط تلميحات المريض حول مشكلاته وهواجسه. وأن محورية المرض "Disease-centred" ستتحول سريعاً إلى محورية الطبيب "Doctor-centred" وسيطرته على المقابلة الطبية ويتخذ المريض الدور السلبي فيها، والتي تضر بمجمل الممارسة الطبية.

المقابلة الطبية التي محورها المريض " Patient-centered Medical Interview"

أسلوب حديث للوصول إلى فهم الإنسان المريض فضلاً عن مرضه. وتتميز عن المقابلة التقليدية؛ المقابلة التي محورها المرض، وفيها يتبادل الطرفان المعلومات، ويجمع الطبيب الأدلة عن المرض والمعاناة، ويشارك المريض الطبيب في رسم خطة علاجية تلائم واقعه الحياتي؛ الصحي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي، فعلى الطبيب أن يأخذ بالاعتبار أولويات المريض التي جاء من أجلها للمقابلة الطبية، وأن يسعى لاستكشافها باستعمال

مهارات تشجع المريض على التعبير عن توقعاته ومشاعره ومخاوفه، فضلاً عن أولويات الطبيب والتي تتضمن استكشاف المرض وهو الأسلوب السريري الذي تركز عليه المقابلة التقليدية. وعند ظهور أي خلاف بين أولوياتهما ينبغي أن يخضع للمناقشة والتفاوض. ويتناقض هذا مع الطريقة التي محورها المرض والتي تركز على أولويات الطبيب وتهمل أولويات المريض. وماذا يمكن أن يفعل المريض في المقابلة الطبية ليكون أكثر تأثيراً في التواصل وفي رعايته لنفسه بعيداً عن أن يكون مستقبِلاً سلبياً للإجراءات الطبية التي يتخذها الطبيب؟ وحصر كول وبيرد "3" مهام المقابلة الطبية بثلاثة أهداف أساسية:

(1) بناء العلاقة الإيجابية مع المريض.

(2) التعرف على مشكلات المريض وتقييمها واستيعابها.

(3) التعاون مع المريض لتدبير هذه المشكلات.

ولهذا نؤكد أهمية دور المريض في المقابلة الطبية شرط تطوير العمل مع المرضى في المستقبل للإجابة عن: كيف يمكن للمريض أن يسهم إسهاماً مؤثراً في المقابلة الطبية؟ ويتخذ موقفًا أكثر مسؤولية لتغيير العلاقة مع الطبيب؟

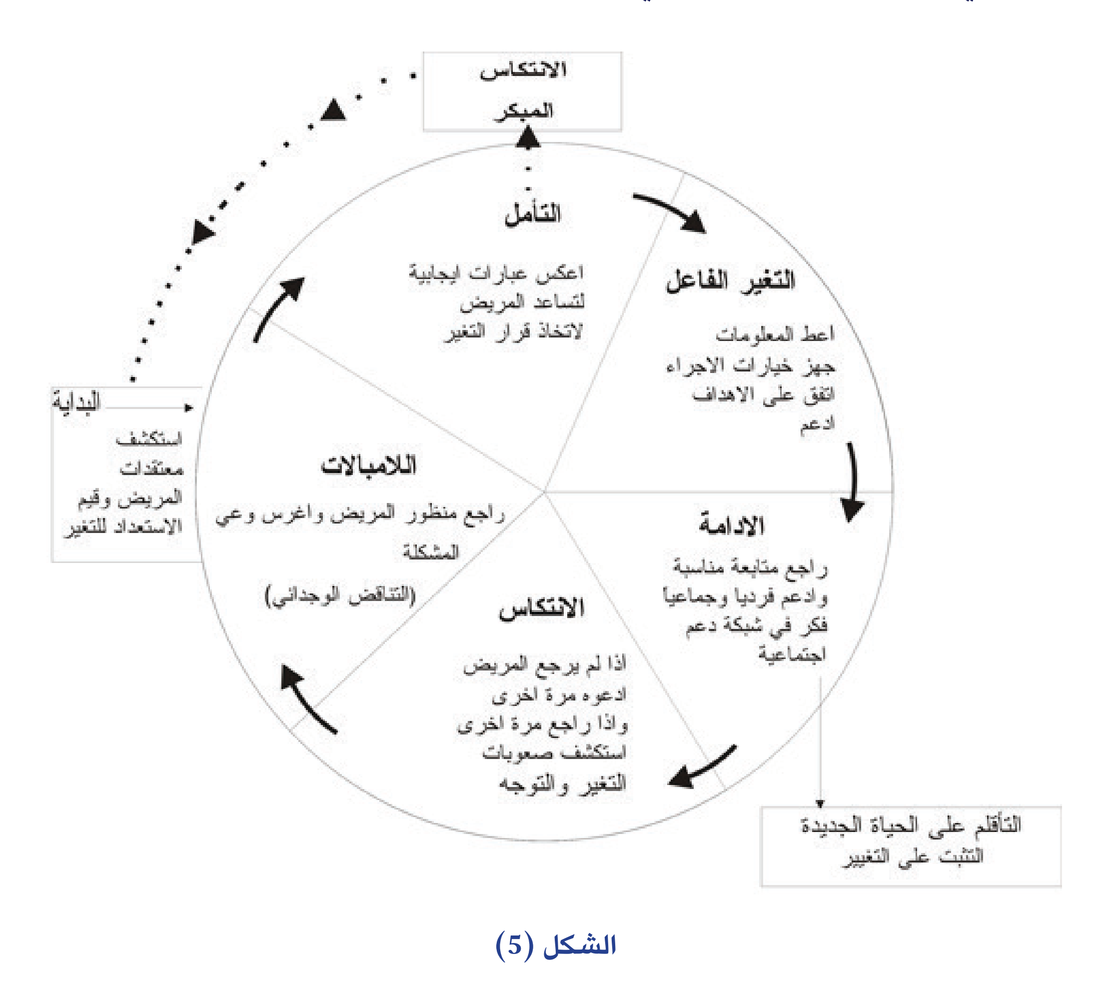
أعد ليفنشتاين وزملاؤه "4 و 5" طريقة سريرية جديدة وأسموها الطريقة السريرية التحويلية "Transformed clinical method". وتتطلب هذه الطريقة من الأطباء فهم معاناة مرضاهم فضلاً عن إدراك الأمراض التي يعانون منها أطلقوا على المقابلة التي يمارسونها بـ "المقابلة الطبية التي محورها المريض" Patient – centered interviewing"، من أجل تمييزها من المقابلة الطبية التي محورها الطبيب" "Doctor – centered interviewing" التي تفسّر معاناة المريض من المنظور التقليدي للمرض والتغيرات المرضية النسيجية في ـ أعضائه. وتتلخص المقابلة الطبية التي محورها المريض بما يأتي:

- **يخلق جواً مناسباً لتشجيع السلوك التلقائي لدى المريض مع أقل ما يمكن من المقاطعة، وخصوصية مناسبة.**
- **يمارس الطبيب أقل سلطة ضرورية للحصول على المعلومات التي يبحث عنها في أثناء المقابلة الطبية.**
- **أن يشجع المريض على مواصلة الحديث ومناقشة الموضوع الذي يقلقه بأقل تدخل ممكن من الطبيب.**
- **يتدرج الطبيب في جمع المعلومات من أقل سلطة في بداية المقابلة إلى أعلى سلطة في نهايتها.**
- **ملاحظة إيماءات المريض وانفعالاته فضلاً عن كلامه.**

المقابلة الحاثّة Motivational interviewing

تستعمل المقابلة الحاثّة "6" لتساعد الأفراد في تغيير سلوكهم. ومهمة الطبيب الأولى، اكتشاف معتقدات المريض الصحية – وثانياً، استعداده للتغيير. وبعد ذلك فقط، يستطيع الطبيب أن يحدد الطريق الأفضل للعمل على مساعدة المريض. وتستند إلى المهارات الأساسية: الانصات، استكشاف معتقدات المريض، استعمال الأسئلة

المفتوحة، المراجعة، التلخيص، تقديم الخيارات، المناقشة، القبول، والدعم. وتعتمد المقابلة الحاثّة على نموذج مراحل التغيير الذي صممها أولاً بروجاسكا وداي كليمانت "7"، الشكل 5



الشكل (5)

ويصف النموذج سلسلة من المراحل الطبيعية التي يمر خلالها الشخص عندما يحاول التغيير، ويمكن ملاحظة أن في كل مرحلة من تلك المراحل يمتلك الشخص هيكلاً لأفكار مختلفة. وأن تدخل الطبيب يمكن أن ينجح إذا ما كُيّف مهاراته للمرحلة التي يمر بها الشخص. وتساعد اكتشاف المرحلة التي يمر بها المريض الطبيب على استنباط آليات التحفيز الذاتي لتلك المرحلة ويدعم جهوده ويشجعه.

ومقابل نماذج تغيير السلوك المعقدة والمعتمدة على مقابلة بـ (50) دقيقة من جلسة مشاورة (Counselling session)، استحدث كيبلر وكيمب – وايت "8" نموذجاً للتأثير في سلوك الشخص يساعد الطبيب على التداخل فيه خلال مقابلة قصيرة، ويتأثر نجاح المريض على مستوى:

- القدرة Confidence قابلية الشخص لصنع التغيير
- القناعة Conviction ما قناعته بضرورة التغيير

الشكل 6 مخطط القناعة والقدرة (Keller and Kemp-White 2001)

نجاح

قناعة ↑
قدرة ↑
تغيير
ملتزم ↑

قناعة
قدرة ↑
محبط ↓

↓ قناعة
↑ قدرة
مشكك

قناعة ↓
قدرة ↓
لا مبالٍ أو مستهزئ

مقتنع
القناعة
محتار

مقتدر القدرة واهن

وتسعى المقابلة الحاثة على تفويض الشخص لتحمل مسؤوليته في اتخاذ قراراته، وذلك بزيادة احترمه لذاته وقدرته لاحترام منظوره الخاص وهواجسه ومناقشة الأهداف المناسبة له. وفي هذا النموذج، يقيّم الطبيب استعداد الشخص في اتجاهين، وهما؛

القناعة " Conviction": هل اعتقد أن عملية التغيير ستحسن من صحتي؟

والقدرة " Confidence": هل اعتقد أنّي أتمكن من هذا التغيير؟

والتداخل لزيادة قناعة المريض أو قدرته أو كليهما والتي يمكن تطبيقها لمساعدة المريض لموقف أكثر قناعة وقدرة. واقترحت ستراتيجيات خاصة للعمل مع المرضى ذوي القدرات والقناعات الواطئة أو واحدة عالية وأخرى واطئة. ويمكن تطبيق النموذج في مجالات مختلفة من السلوك الصحي الخطر والبرامج العلاجية مثل التدخين والسمنة.

وفي تغيير السلوك الصحي "9"، يجب أن يسمح للمريض أولاً: تقرير ماذا يرغب أن يعمل بمساعدة المقابلة المتمحورة عليه واتخاذ القرار المشترك. وأن الدور الأساس للطبيب، مساعدة الاشخاص لإتخاذ القرارات ضمن منظورهم الخاص وهيكلهم المرجعي. وبعد ذلك فقط، يحاول الطبيب مساعدة المريض لتقييم أهمية الموضوع ومستوى قدرة المريض للوصول إلى الهدف واستعداده للتقدم إلى الأمام.

العناصر الأساسية للمقابلة الطبية، بيان توافق كالامازو: Kalamazoo consensus statement

بالنظر لحداثة مهارات التواصل في المؤسسات التعليمية العراقية، وكثرة المناهج العالمية، وصعوبة استحداث منهاج تعليمي شامل لمهارات التواصل، ندرج في أدناه العناصر الأساسية المتفق عليها بين الهيئات

العالمية المتخصصة في مهارات التواصل.

فقد دعا معهد باير لمهارات التواصل في الرعاية الصحية " Bayer Institute for Health Care Communication" ومعهد فيتزر " Fetzer Institute" إلى عقد مؤتمر لأساتذة مهارات التواصل في الكليات الطبية والبرامج التعليمية في مرحلة الإقامة والتعليم الطبي المستمر لأمريكا الشمالية، في كالامازو / ميشيغان، أيار 1999. وكان هدف المؤتمر إيجاد صيغة واضحة لكيفية تدريس مهارات التواصل وتقييم البرنامج وتقييم أداء المشاركين في تعلم هذه المهارات، وتطوير معايير علمية لمهارات التواصل في التعليم الطبي. واتفق المشاركون على مراجعة خمسة نماذج لمهارات التواصل المعدة سابقاً والمصادر العلمية المعتمدة عليها وتوليفها.

1. نموذج "4E" لمعهد باير لمهارات التواصل في الرعاية الصحية:

" Bayer Institute for Health Care Communication, E4 Model".

2. الوظائف الثلاث للمقابلة الطبية:

" AACH – The Three Function Approach to the Medical Interview ".

3. أدلة كالكاري – كامبردج المعززة:

" The Enhanced Calgary-Cambridge Guides ".

4. المقابلة السريرية التي محورها المريض:

"Patient-centred clinical interviewing ".

5. هيكل تعليم مهارات التواصل وتقييمها:

" The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills "

ومثّل المشاركون شرائح مختلفة، وتضمن هذا المؤتمر عروضاً تقديمية، ووصفاً دقيقاً لنماذج التواصل المذكورة آنفًا، والمصادر العلمية المعتمدة عليها، وكيفية ملاءمتها المقابلة وتطبيقاتها الحالية. وعرض بعد ذلك مجلس اعتماد التعليم الطبي للخريجين(ACGME)، ومشروع كندا الطبي CanMEDS 2000، واللجنة التعليمية لخريجي الطب الأجانب (ECFMG)، ومبادرة ماسي للتواصل الصحي Macy Health Communication وجهودهم المبذولة لتطوير معايير تدريس وتقييم التواصل بين الطبيب والمريض. وتمازجت آراء المشاركين وقد تمكنوا من إيجاد قواسم مشتركة بين النماذج ونقاط التلاقي والاختلاف بينهم مما أغنى المؤتمر اغناءًا كبيراً.

وخرج المؤتمرون ببيان مشترك "Kalamazoo Consensus Statement " وأكدوا ضرورة أن يتضمن أي منهج تعليمي لمهارات التواصل العناصر الأساسية الآتية "10":

1 – بناء العلاقة: المهمة الأساسية للتواصل بين الطبيب والمريض

ويعد بناء العلاقة القوية الشفائية الفاعلة شرط لا غنى عنه للتواصل بين الطبيب والمريض. ويؤيد المجتمعون نهج الرعاية الذي محوره المريض "Patient-centered approach"، والرعاية التي تركز على العلاقة الجيدة بين الفريق العلاجي "Relationship-centered approach"، ويؤكد أهمية مرض المريض ومعاناته. ومشترطين

استنباط معاناة المريض في أثناء استقاء الرواية المرضية للوصول إلى الاستنتاج المنطقي التشخيصي. كما يتطلب الأمر إدراكًا لأفكار المريض ومشاعره وقيمه وكذلك إدراك الطبيب لأفكاره ومشاعره وتأثيرها في بناء العلاقة سلباً وإيجاباً. علاوة على اعتبار العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة شراكة، وعندها يحترم الطبيب مشاركة المريض الفاعلة في صنع القرار. وأساس مفردات التواصل السريري الفاعل الاحترام، وتحتاج الملاكات الطبية احترام جميع المرضى والالتزام بالمساواة من أجل أن يكونوا قادرين على التواصل تواصلاً فاعلاً مع الأفراد، بغض النظر عن الخلفيات الاجتماعية والثقافية أو العرقية التي تؤثر في التفاعل بين الطبيب والمريض " 11 ".

وجدير بالذكر أهمية توثيق العلاقة واستمرارها في جميع مراحل المقابلة لأنها تدعم المهام المحددة بالتسلسل الآتي:

2 - افتتاح المقابلة

- السماح للمريض بالتعبير عن كامل معاناته في بداية المقابلة.
- استنباط جميع هواجس المريض.
- بناء العلاقة الإنسانية الشخصية وإدامتها مع المريض.

3 - جمع المعلومات

- استعمال الأسئلة المفتوحة والمغلقة بما يناسب.
- فهرسة المعلومات وتوضيحها وتلخيصها.
- استعمال التقنيات غير اللفظية "مثل التواصل البصري ووضعية الجسم" والتقنيات اللفظية " عبارات التشجيع" في أثناء الإنصات الفاعل.

4 - فهم منظور المريض

- استكشاف العوامل ذات الصلة بمشكلات المريض " الأسرة، الثقافة، النوع، العمر، الوضع الاجتماعي الاقتصادي، الجانب الروحي".
- استكشاف معتقدات المريض ومخاوفه وتوقعاته حول الصحة والمرض.
- احترام أفكار المريض مشاعره وقيمه والاستجابة لها.

5 - مشاركة المعلومات

- استعمال لغة بسيطة يمكن أن يفهمها المريض.
- التأكد من فهم المريض واستيعابه للمعلومات.
- تشجيع المريض على طرح الأسئلة.
- التوصل إلى اتفاق بشأن المشكلات التي يعاني منها المريض والإجراءات المتبعة لتدبيرها: تشجيع المريض على المشاركة في اتخاذ القرار إلى الحد الذي يرغب / ترغب فيه.
- التحقق من استعداد المريض وقدرته على اتباع البرنامج العلاجي.
- التأكـد مـن اسـتعداد المجموعـات الداعمـة لتنفيـذ الخطـة العلاجيـة "الأهـل، الأصدقـاء"،

وإشراكهم فيها.

7 - إغلاق المقابلة

- الاستفسار عن مشكلات المريض وهواجسه التي لم يُتطرق إليها.
- تلخيص ما أُتِّفق عليه والتأكيد على تطبيق الخطة العلاجية.
- مناقشــة الخطــوات اللاحقة "الزيــارة القابلــة، التخطيط للنتائج غيــر المتوقعة التي قــد تحصل بعد المقابلة".

الأسئلة

- ما أهمية مهارات التواصل في الممارسة الطبية؟
- ما مزيات التواصل الفاعل، واذكر أمثلة لكل مزية؟
- ما أهم عنصر من عناصر المقابلة الطبية، ولماذا؟
- عرف المقابلة الطبية، وارسم مخططاً عاماً لها؟
- اتفق علماء التواصل الطبي على أن أي منهج يجب أن يحتوي على فقرات أساسية، عددها وناقش واحدة منها بالتفصيل؟

المصادر

1. Fortin, A.H., 6th, F. Dwamena, and R.C. Smith, Module 5: Integrated Patient-centered and Doctor-centered Interviewing-Structure and Content of the Interview. In: doc.com, D. Novack, W. Clark, and R. Saizow, Editors. 2009.
2. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J,

مهارات الاتصال مع المرضى، كتاب منهجي مترجم، الفصل الاول تحديد ماذا نتعلم ونًعلم ص 28-56، طبع في رادكليف اكسفورد لندن. تأليف جوناثان سلفرمان وسوزان كورتس وجوليت درابر، 2010.

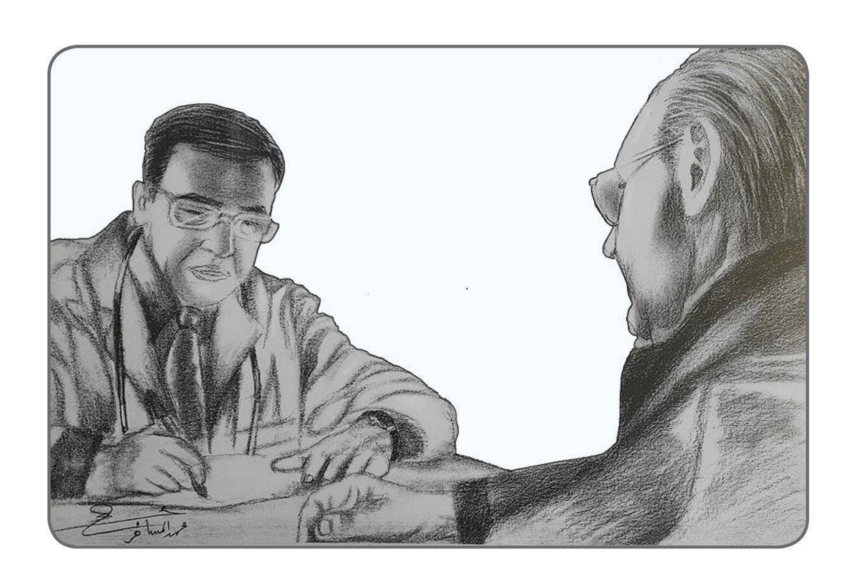
3. Bird, J. and S.A. Cohen-Cole, The three-function model of the medical interview: an educational device. In: Models of Teaching Consultation-Liaison Psychiatry, M. Hale, Editor. 1991, Karger: Basel, pp. 65-88.
4. Levenstein JH, Belle Brown J, Weston WW, Stewart M, McCracken EC and McWhinney I, Patient-centred clinical interviewing. In: M Stewart and D Roter (eds) Communicating with Medical Patients. Sage Publications Inc., Newbury Park, CA., 1989.
5. Levinson W and Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. J Gen Intern Med. 10: 1995:375-9.
6. Miller W and Rollnick S. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford Press, New York. 1991.
7. Prochaska JO and DiClemente CC. Towards a comprehensive model of change. In: R Miller and N Heather (eds) Treating Addictive Behaviors. Plenum Press, New York, 1986.

8. Keller VF and Kemp-White M. Choices and Changes: a new model for influencing patient health behavior. Communication with patients: a clinician's guide. Special publication of the Journal of Clinical Outcomes Management. 2001. Turner White Communications, Wayne, PA.
9. Rollnick S, Mason P and Butler C. Health Behaviour Change: a guide for practitioners. Churchill Livingstone, Edinburgh. 1999.
10. Makoul, Gregory PhD, Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement, Academic Medicine: April 2001 - Volume 76 - Issue 4 - p 390-393.
11. ref von Fragstein et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate education Medical Education 42: 2008:1100-1107.

مهارات الحوار اللفظية:

الإنصات، التلخيص، التحري

تكلم لنراك   سقراط



تشير الدراسات إلى أنّ الأطباء غالباً ما يتبعون أسلوب السيطرة على إدارة المقابلة الطبية، ووصفت هذه السيطرة العالية وصفاً جيداً سابقًا" 1 و 2". ويتميز هذا الأسلوب بمقاطعة المريض في بداية روايته لقصته المرضية والبدء بالأسئلة المغلقة التي تختصر أجوبتها بكلمة واحدة نعم أو لا، وتتضمن قائمة من الأسئلة؛ وكل معلومة تعطى للطبيب يعقبها سيل من الأسئلة لمعرفة تفاصيل تلك المعلومة. وهي الطريقة السائدة في الممارسة الطبية الحالية للحصول على المعلومات من المريض. وهذا الأسلوب يعد أسلوباً غير كفء، ويقطع حبل التفاهم والتعاطف بين الطبيب والمريض. ويؤدّي إلى إجبار المريض على أن يتخذ موقفاً سلبياً في المقابلة الطبية، وفي النهاية إلى مقابلة طبية محورها الطبيب "Doctor Centered Interview". وطورت جامعة كولورادو أسلوباً

أفضل للحصول على المعلومات، يؤكد ثلاث تقنيات رئيسة؛ دعوة المريض لسرد روايته بأسئلة مفتوحة النهايات، والإنصات الفاعل له وعدم مقاطعته، وتلخيص النقاط الأساسية التي أوردها باستمرار مع تقدم المريض بسرد قصته المرضية "3 و 4".

ويمكن إعادة هذه الخطوات الثلاث مراراً وتكراراً لحين الحصول على بيانات أفضل وأدق، ليخرج المريض والطبيب وهما أكثر رضًى وارتياحاً عما جرى في أثنائها. ويدعم هذا الأسلوب إسهام المريض الإيجابي في الحوار ويرسي أسس مقابلة طبية محورها المريض "Patient Centered Interview". ووجد باحثون من اليابان " 5 " زيادة المعلومات المستقاة من المرضى المراجعين لعيادات أطباء الأسرة باستعمال مهارات معينة "الأسئلة المفتوحة – المغلقة والتشجيع وعدم المقاطعة والتلخيص" في أثناء المقابلة الطبية.

وسنتناول هذه المهارات بتفصيل: "6"

1. الدعوة وصياغة الأسئلة Invitation & Questioning techniques
2. مهارة الإنصات Listening Skill.
3. مهارة التلخيص Summarizing Skill.
4. التحري Screening

الدعوة وصياغة الأسئلة Invitation & Questioning techniques

تعتمد درجة السيطرة والتحكم بمسار المقابلة الطبية على أفعال الطبيب وأقواله، وأن الطريقة التي يوجه بها الأسئلة تؤدي دوراً رئيساً في كمية المعلومات التي يحصل عليها ونوعيتها. وتشير الدراسات إلى أن الأطباء يفرضون سيطرة عالية على المقابلة الطبية تحد من حرية المريض وتعبيره عن مأزقه بنوع الأسئلة التي يعرضونها على المريض كما ذكرنا آنفاً. ويوجهون المرضى إلى مجالات معينة لغرض الحصول على معلومات أكبر بحسب طبيعة الأسئلة التي يطرحونها واستجاباتهم لمرضاهم. ولهذا فإنهم يفرضون حدوداً معينة على حرية المريض تحد من إسهامه في المقابلة تحديداً كاملاً. كما أن كثيراً من الأطباء غير واعين للتأثير الذي يمتلكونه في إدارة المقابلة الطبية. لذلك ينبغي أن نجيب عن السؤال الآتي: كيف يمكن مساعدة الأطباء لأن يتنبهوا على هذا الأسلوب ويختاروا أسئلة متنوعة وذكية وحسب سياق الحوار؟

أ – الأسئلة المفتوحة

تصمم أساليب الأسئلة المفتوحة لإتاحة مساحة من الاستفسار من دون تحديد لا مسوّغ له، وعلى الرغم من أنها توجّه المريض إلى مجال محدد، ولكنها تسمح بحرية التصرف والإسهاب المقبول، وما يأتي بعض الأمثلة البسيطة على أساليب تلك الأسئلة:

- سؤال مفتوح: أخبرني عن الصداع الذي تعانيه؟
- سؤال أكثر تحديدًا ولكنه مفتوح: ما الذي يخفف الصداع لديك؟
- سؤال مغلق: هل تعاني من الصداع عند استيقاظك صباحاً؟

وأن كثيراً من التقنيات المفتوحة ليست أسئلة في الواقع بل عبارات توجيهية ودعوات للاستمرار بالحديث، مثال:

ما الذي دعاك لزيارتي؟
لنبدأ من البداية، أخبرني عما يجري من أمور...
أخبرني أكثر عن ذلك....
حدثني عن حالتك منذ أن أجريت لك العملية الجراحية يوم أمس....
والآن، أود أن نتكلم عن مشكلات صحية أخرى....
أخبرني ما حصل بعد ذلك....
لدينا تقريباً حوالي دقيقة واحدة لإنهاء الحديث، هل هناك أي أمر ما تود إخباري به....

ومن المفضل في بداية المقابلة سؤال المريض سؤالاً مفتوحاً، مثل:

ماذا ترغب أن نناقش اليوم؟

في أدناه نماذج من الأسئلة الافتتاحية التي ذكرها المشاركون في دورات أدب الحوار والأخلاقيات الطبية التي أقمناها في المركز الوطني للتدريب والتنمية البشرية، ويفيد أنهم يستعملونها باستمرار وتكرار وإعادة في مقابلاتهم لمرضاهم:

الأسئلة المفتوحة المتكررة في دورات أدب الحوار والأخلاقيات الطبية	
كيف يمكن لي أن اساعدك؟	شتريد منى اقدملك؟
ما الذي دعاك أن تزورني اليوم؟ اخبرني، ما الذي دعاك لزيارتي في هذا اليوم البارد؟	
شنو الخلاك تتعنى وتجيني بهذا اليوم البارد؟	
عماذا ترغب أن نتكلم اليوم؟	
ما المشكلات التي تعاني منها اليوم؟	
احجيلي... اليوم جاي على شنو؟	
ماذا أستطيع أن اعمل لك؟	
تفضل أنا في خدمتك؟	
كيف حالك؟	شلونك؟
في المراجعة الثانية يمكن السؤال؛ كيف تسير الامور؟	
أو ما الجديد؟	
حسنا، نعم، تفضل..........	
من دون كلام، إشارات غير لفظيه،..........	

والسؤال، كيف يمكنني أن أساعدك؟ يبدو سؤالاً أكثر تداولاً، ويعني أنك ترغب بمعرفة ماذا يرغب المريض أن يناقش اليوم؟ وبالرغم من أن السؤال يتحدد بالموضوعات الطبية التي يمكن أن يتدخل بها الطبيب. واخبرني، ما الذي دعاك أن تزورني اليوم؟ سؤال أكثر انفتاحاً، ويعطي انطباعاً أن الطبيب يرغب بسماع المعاناة الشاملة. وما المشكلات التي تعاني منها اليوم؟ وهنا يرغب الطبيب ويشجع المريض لصياغة قائمة مشكلاته بالتأكيد، وتعطي المريض فرصة لذلك. وعلاوة على ذلك، قد يعطي الطبيب المريض توجيهاً قليلاً لشرح معاناة واحدة بالتفصيل. أم أن الطبيب يرغب بسماع جميع مشكلاته، أو قد لا يكون مفهوماً لجميع المرضى. وحسناً...، نعم...، أو أن الطبيب يستعمل حوارًا غير لفظي ولا يقول أي شيء، ويبدو أنه سؤال مفتوح وواسع، وطريقة بدء عامة تمنح المريض فرصة للتكلم. وعلاوة على ذلك، أنه سؤال عام وتوجيه قليل. وقد يتطرق المريض لمعاناة واحدة بالتفصيل ثم ينتقل إلى معاناة أخرى. نحن لا نقترح سؤالاً افتتاحياً واحداً صحيحًا للاستعمال في جميع الحالات، ويحتاج الأطباء إلى زيادة وعيهم والتفكير بعمق حول كيف يبدأ في كل مقابلة؟

وكيف يشجع المريض لإكمال روايته بأسئلة متتابعة مفتوحة قبل أن يتدخل ويسأل أسئلة مفتوحة محددة توجه المريض لموضوعات يختارها الطبيب.

ب – الأسئلة المفتوحة المحددة

هنا يمكن أن تشتق هذه الأسئلة من خلال حديث المريض عن الأسئلة المفتوحة، إنها أسئلة ذكية لتكملة المعلومات التي أدلى بها المريض، مثال:

- الألم، ما طبيعة الألم الذي تشكو منه؟
- ما الذي يخفف الألم؟
- ما الذي يزيد الألم سوءًا؟

ج – الأسئلة المغلقة " 7 "

هي الأسئلة التي يكون جوابها المتوقع مؤلفاً من كلمة واحدة، وتحد من التوسع في الإجابة حاصرة إياه في اختيار ضيق يقتصر على كلمة أو اثنتين من دون إسهاب؛ غالباً ما يكون نعم أو لا، أو رقم واحد، مثل:

هل لديك ألم؟	**المريض: نعم.**
أين الألم؟	**المريض: هنا.**
ما مدة الألم؟	**المريض: 4 ساعات.**
هل ينتقل الألم من منطقة إلى أخرى؟	**المريض: نعم**

ومن الجدير بالذكر أن هناك اختلافاً في تحديد التواريخ التي يبحث عنها الطبيب "ويرغب أن يسمع الإجابة عن السؤال: منذ متى وأنت تعاني من هذا العرض المرضي؟" بالتاريخ الزمني الواضح بالساعة واليوم والأسابيع والأشهر والسنين، "Chronological History"، في حين يربط المريض العرض بالأحداث الاجتماعية "Event History" ولا يتمكن من ذكر الأحداث بالتواريخ التي يرغب بها الطبيب، فمثلاً نشر أحد الأطباء على الفيسبوك هذا الحوار الذي يبيّن الاختلاف أعلاه:

زارتني مريضة في الخمسينيات من العمر تشكو من آلام مفاصل الركبتين،
فسألتها عن بداية المرض فقالت من مُدة.
فقلت لها كم المُدة؟ فقالت من فترة من الزمن.
فقلت لها كم الفترة الزمنية؟ فقالت من زمان.
فقلت لها يعني كم من السنين؟ فقالت بعد ولادة طفلي الصغير.
فقلت لها أنا لم احضر الولادة، يعني كم هو عمر طفلك الصغير؟ فقالت هو الآن في المدرسة.
فقلت في أي صف؟، فقالت والله ما ادري لو بالثاني لو بالثالث.
فقلت ألم يرسب؟ فقالت يمكن رسب في السنة الماضية.
فقلت يعني تعانين منذ عشر سنين؟ فقالت لا شدعوه، يجوز تسعة لو شوي أكثر.
تنفست الصعداء والحمد لله خلصنا من السؤال الاول لمعرفة بداية المرض!!!

وإن التركيز المبكر على طرح سلسلة من الأسئلة المغلقة حول العرض الأول قد يقود إلى استهلاك جزء كبير من الوقت في جزء صغير من المشكلة، كما في المثال أعلاه. فالعرض الأول قد لا يكون المشكلة الوحيدة أو الأكثر أهمية التي جاء من أجلها المريض، ويلجأ بعض المرضى إلى عرض المعاناة بالتدريج ليصل إلى المشكلة الأكثر إثارة، لذلك يجب على الطبيب أن يتأنى ولا يستعجل بالأسئلة المغلقة حتى يكمل المريض روايته، ولتقليل الاضطراب الذي يحصل مع استعمال الأسئلة المغلقة، يجب:

- الإنصات لما يقوله المريض وكيف تفوه به، بدلاً من أن تُفكر بالسؤال اللاحق. واستعمل عبارة انتقالية بين الأسئلة المختلفة، مثل: أود الآن أن أسألك بعض الأسئلة عن صحة عائلتك، لأن بعض الأمراض تنتقل وراثياً في العوائل؟
- والبدء بموضوع عام ثم الانتقال تدريجياً للخاص، وأبدأ مع كل موضوع بالسؤال المفتوح ثم تدرج لتصل إلى المغلق؛ فمثلاً تقول، لننتقل الآن بعيداً عن ألم الصدر:

  كيف صحتك العامة؟

  وبعده، هل لديك مشكلات طبية أخرى؟

  ماذا عن ارتفاع ضغط الدم؟

  الكولسترول؟
- واستفسر عن موضوع محدد في كل سؤال، وتجنب خلط الموضوعات بسؤالٍ واحد؛ فبدلاً من أن تطلب من المريض الإجابة عن:

  هل تعاني من صداع، نوبات غشي، عشو بصري، ضعف الذاكرة، أو جلطة دماغية؟

  يجب أن يصاغ السؤال:

  هل تعاني من الصداع؟

  وتجنب صياغة السؤال السلبي، مثل:

  ما عندك صداع؟

أو ما تشكو من نفث دموي؟

ما تكح دم؟

- ولا تسأل سؤالًا إيحائيًا يتضمن جوابه، مثل:

هل ينتقل الألم إلى الذراع الأيسر حينما تعاني من ألم الصدر؟

- واعطِ وزناً متساوياً للخيارات التي تعرضها على المريض، مثل:

يبدو لي أن الألم يرتبط بالجهد؟ ولكن هل يحدث الألم في أثناء الراحة؟

- ولا تحلل أو تفسر المعلومات في أثناء جمعها؟ مثل: يقول المريض أعاني من نزف دموي من المقعد...

الطبيب: ها لازم عندك بواسير!!

أو أبدًا ما عانيت من غثيان أو تقيؤ؟

- ولا تربك المريض باستعمال مصطلحات طبية في أثناء السؤال، مثل:

هل عانيت من احتشاء العضلة القلبية سابقاً؟

- وشجع المريض على الأسئلة، وتأكد من فهم المريض للسؤال ولخص بعد الانتهاء من كل سلسلة من الأسئلة الخاصة بموضوع معين.

وأخيرًا، يجب أن نفكر لماذا يكثر الطبيب من الأسئلة المغلقة؟

i. لغرض السيطرة على المقابلة.

ii. حتى لا يحصل على معلومات كثيرة يصعب التعامل معها.

iii. الأسئلة المفتوحة تعطي معلومات غير منتظمة يصعب هضمها وترتيبها وتحويلها إلى بيانات طبية.

هذه مخاوف حقيقية يمكن تجنبها باستعمال تقنية التلخيص الداخلي.

د- التحري Screening

عملية متأنية للتدقيق مع المريض واكتشاف جميع الموضوعات التي يرغب بمناقشتها، وتتم باستفسارات متكررة وبأسئلة مفتوحة النهايات بدلاً من افتراض ذكر المريض جميع الصعوبات التي يعاني منها، بتدقيق مضاعف، مثال:

- لقد عانيت من الصداع، هل هناك شيء آخر يزعجك؟
- وماذا بعد؟
- هل هذه المشكلات التي أدت إلى الحزن الذي يظهر على محياك؟

هـ- تقنية المخروط أو القمع

متى ينبغي استعمال الطريقة المفتوحة – المغلقة؟ تقنية المخروط من المفتوح إلى المغلق "8"

ينطوي تفهّم الطبيب لكيفية الاختيار المقصود بين أنماط الأسئلة المفتوحة والمحددة والمغلقة عند نقاط زمنية مختلفة في المقابلة الطبية على أهمية بالغة. وينبغي أن يبدأ الطبيب بالأسئلة المفتوحة ثم يتحول إلى الأسئلة المحددة ومن ثم المغلقة بما يسمى بالمخروط المفتوح. ومن المهم، أن يتبع الأطباء مهارة الأسئلة المفتوحة أولاً من أجل الحصول على تصور المشكلة من منظور المريض. وبعد ذلك يركز على أمور محددة بأسئلة أقل انفتاحاً ليصلوا

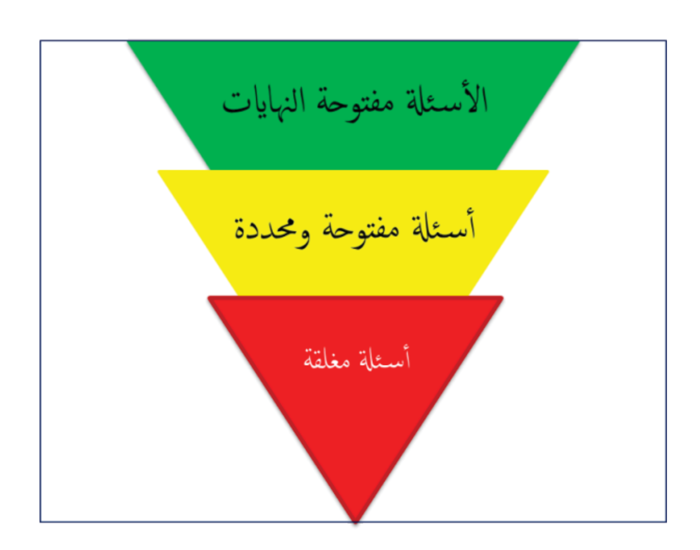
إلى الأسئلة المغلقة التي قد تجلب تفاصيل إضافية كان المريض قد أغفلها. إن فائدة اتباع أسلوب الأسئلة المفتوحة في بداية المقابلة للتحري عن مشكلات المريض وسبر غورها أمر في غاية الضرورة، وأداة مهمة لجمع المعلومات التي لا تحتاج إلى تأكيد أكثر، لكن الخطأ الشائع هو الانتقال إلى الأسئلة المغلقة انتقالاً سريعاً جداً.

وقد يتدرج السؤال من إعطاء الحرية الكاملة للتعبير عما يجول بخاطر المريض ويتحدد إلى إرشاد المريض إلى التعبير عن معاناة معينة بما يرغب حتى يصل إلى السؤال المغلق مع تقدم المقابلة الطبية.

مثل: ما الذي دعاك لزيارتي اليوم؟
سؤال مفتوح النهايات، قد يذكر المريض عدة مشكلات ومنها الألم، وبعد الاتفاق على تحديد المشكلات التي يرغب بمناقشتها المريض، يبدأ الطبيب بالتحري عن الأعراض الواحدة تلو أخرى منها.

- **صِفي لي الألم بالتفصيل وكأني أراه........**
- **وبعده، ما الذي حصل بعد أن شعرتِ بالألم حتى الآن...**
- **ما الذي يخفف الألم وما الذي يزيده.....**
- **وينتهي بسؤال مغلق، هل تعانين من الألم ليلاً؟**

وتشبه طريقة طرح الأسئلة هذه شكل المخروط "Cone shape approach والذي يبدو واسعاً من الأعلى ويستدق في النهاية، كما في الشكل 7



مزيّات طريقة المخروط في عرض الأسئلة في المقابلة الطبية كما مبين فيما يأتي " "9

- تشجع الطريقة المفتوحة المريض على أن يروي قصته روايةً كاملةً.
- تمنح الطبيب الوقت للإنصات والمجال للتأمل بأقوال المريض وليس التفكير بتوجيه السؤال اللاحق فقط.
- تسهم في الاستنتاج التشخيصي الفاعل.
- تساعد على استكشاف المرض والمعاناة.
- تضع نمطاً يتضمن مشاركة المريض في المقابلة بدلاً من هيمنة الطبيب عليها.

الطبيب: ما الذي دعاك لزيارتي؟ **سؤال مفتوح**

المريض: أعاني من ألم الصدر.

الطبيب: أخبرني بتفصيل أكثر عما تعاني..... **سؤال مفتوح**

المريض: لقد بدأ ألم الصدر يزداد على مدى الأسابيع القليلة الماضية، وأعاني من سوء هضم خفيف، ولكن لا يصل إلى هذه الدرجة من السوء. ويحدث الألم الحاد في هذه المنطقة بالضبط "يشير إلى عظم القص"، ثم لا ألبث أن أتجشأ كثيراً، وأشعر بحموضة شديدة لا تطاق في الفم، ويتفاقم الأمر، عندما أتناول عشائي ليلاً، ولا أستطيع النوم.

الطبيب: واضح، أكمل، هذه معلومات قيّمة؟ **سؤال مفتوح**

المريض:....، أتساءل عما إذا كان ذلك بسبب حبوب آلام المفاصل، لقد كنت أعاني من ألم المفاصل الشديد، وأتناول حب البروفين (brufen) وأنني بحاجة إلى الاستمرار عليها.........

الطبيب: نعم لها علاقة وما الذي يزيد الأعراض سوءاً أيضاً؟ **سؤال مفتوح محدد**

المريض: حينما اضطجع على الفراش أشعر بالحموضة تصعد على صدري، وتخنقني، وفي بعض الحالات يصل سائل شديد الحموضة إلى بلعومي.

الطبيب: واضح، وما الذي يخفف هذه المعاناة؟ **سؤال مفتوح محدد**

المريض: أضطر في بعض الأحيان إلى أن انهض مفزوعاً، وتناول بعض حبوب مضاد الحموضة، وأرفع مخدتي وأنام طوال الليل كأني جالس.

الطبيب: لقد أوضحت معاناتك بطريقة رائعة وأرغب أن أسألك بعض الأسئلة المباشرة؟ **علامة انتقال إلى موضوع آخر**

المريض: تفضل...

الطبيب: وهل تتقيأ حينما تستيقظ ليلاً؟ **سؤال مغلق**

المريض: لا أشعر بالغثيان وأتذكر مرة واحدة تقيأت.

الطبيب: وهل تغير لون الخروج وأصبح بلون الجير الأسود؟ **سؤال مغلق**

المريض: لا

الطبيب: هل تقيأت سائلاً يشبه القهوة؟ **سؤال مغلق**

المريض: لا

الطبيب: هل تدخن؟ **سؤال مغلق**

المريض: نعم...

الطبيب: شكرا جزيلاً

وقد ينتقل الطبيب إلى التحري بالتفصيل عن أية إجابة بنعم..

ونود أن نؤكد بأن جميع الأسئلة المفتوحة والمغلقة مهمة وذات قيمة، ولكن يلحظ ميل الأطباء إلى اللجوء إلى الأسئلة المغلقة في معظم الأحيان وفي الوقت غير المناسب وعلى حساب الأسئلة المفتوحة، ولا نقصد ضمناً أن الأطباء ينبغي أن لا يستعملوا الأسئلة المغلقة نهائياً، فكل من الأسئلة المفتوحة والمغلقة ضروريان، لكنهما يختلفان في طريقة الوصول إلى النتائج والنهايات، وينبغي اختيارهما بعناية وبأوقات مناسبة وفي مواقف مختلفة في أثناء سير المقابلة. ومن المهم، أن يتبع الأطباء تقنية الأسئلة المفتوحة أولاً من أجل الحصول على تصور المشكلة من منظور المريض. وبعد ذلك يركزون على أمور محددة بأسئلة مفتوحة أكثر تحديداً؛ ليصلوا إلى الأسئلة المغلقة، التي قد تجلب تفاصيل إضافية، كان المريض قد أغفلها.

الأسئلة

1. **أذكر ثلاثة نماذج من الأسئلة المفتوحة التي تستعملها في حياتك المهنية؟**
2. **ما المهارات التي تستعملها لتقليل الاضطراب الحاصل مع الأسئلة المغلقة؟**

المهارات

3. **التدريب على تقنية القمع:**
   - **اعدد سيناريو تقنية القمع بحسب اختصاصك.**
   - **مثل أدوار بمجموعات ثلاثية، البدء بحوار تمثيلي بين طبيب ومريض ومراقب، باستعمال الأسئلة المفتوحة والانتهاء بالمغلقة.**
   - **ممارسة جميع المتدربين التمرين.**
   - **تسجيل الحوارات بهواتف المشاركين النقالة، وإعادة تشغيلها ودراستها لتطوير الأداء.**
   - **ممارسة تقنية القمع مع مريض حقيقي.**

2 – الإنصات الفاعل

تقول العرب: تعلم حسن الاستماع قبل أن تتعلم حسن الكلام.

أنصت إلى المريض سينبئك التشخيص؟ وليم أوسلر

يجب أن ينصت الطبيب إلى ما يقوله المريض وليس إلى ما يرغب أن يسمعه

الإنصات في تسجيل صوتي معاناة والد طفلة†



الإنصات الفاعل

هناك خمسة مصطلحات مهمة في اللغة العربية في هذا المجال "معجم المعاني":

– **الصمت**: صمَتَ يَصمُت، صَمْتًا، فهو صامِت، سَكَتَ وَلَمْ يَنْطِقْ، وهو السكوت مع القدرة على الكلام.

– **السمع**: حاسة من الحواس الخمس: حاسة اللمس، الذوق، الشم، البصر، والسمع هي من أدق الحواس وأرقاها، لأنها أول الحواس عملاً، فالطفل يسمع من أول يوم، لكنه لا يرى ولا يشم ولا يتذوق. كما أن هذه الحاسة مفتوحة دائماً، يعني ليس في وسع الإنسان التحكم بها كباقي الحواس، ويقصد بالسماع استقبال الأذن ذبذبات صوتية لا تشترط إعارتها الاهتمام، وهي عملية فسيولوجية تعتمد على الأذن وقدرتها على التقاط الذبذبات.

– **الإصغاء**: لغةً: الميل، وذكر لسان العرب أن "أصغيْتَ إليه" أي ملْتَ برأسك نحوه، والإصغاء إذن يكون للسمع وغيره؛ فإذا مال الإنسان بسمعه قلنا: أصغى سمعه، وإذا مال بقلبه قلنا: أصغى قلبه، ومن ذلك في القرآن الكريم:

"**إن تَتُوبَا إلى اللَّهِ فَقَدْ صَغَتْ قُلُوبُكُمَا** "التحريم: 4"،

وقوله تعالى: **وَلِتَصْغَى إِلَيْهِ أَفْئِدَةُ الَّذِينَ لا يُؤْمِنُونَ بِالآخِرَةِ** "الأنعام113:".

- **الاستماع**: إدراك المسموع، مهارة عقلية واعية لفهم ما يقال.

- **الإنصات**: السكوت مع الاستماع بجميع الحواس التي يمتلكها الإنسان، ويقال كلي آذان صاغية لك، أي يميل الإنسان بجميع حواسه للمتكلم فضلاً عن ميل القلب والذهن إليه. وعلى ذلك فقد جمع الله بين الاستماع والإنصات لاقترانهما كما في قوله تعالى:

وَإِذَا قُرِئَ الْقُرْآنُ فَاسْتَمِعُوا لَهُ وَأَنصِتُوا لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ "الأعراف: 204 ".

الشكل 8 الإنصات في اللغة الصينية القديمة



الإنصات في رموز اللغة الصينية التقليدية:

ويشمل الأذنين، والعينين والقلب، وتركيز الانتباه بجميع الحواس "11"

ويسمى عصرنا عصر الاتصال لكثرة أدوات الاتصال التي في أيدينا؛ الموبايل، الفيس بوك والإيميل والواتس آب، والشبكة المعلوماتية العالمية "الشابكة" والفضائيات والإذاعة والتلفزيون وغيرها كثير، ولكن مع كثرة أدوات الاتصال في زمن السرعة والتقنية المتقدمة وكثرة الرسائل نرى أن الإنصات لا يحظى بالوقت الكافي إذا لم نقل مفقوداً.

ووهبنا الله أُذنين ولسان واحد ليؤكد لنا أهمية الإنصات لفهم أفكار ورؤى ومشاعر المتحدث، مما يؤدي إلى بناء علاقات إنسانية وطيدة، ويمنع التفسير الخاطئ، والظنون السيئة، ويفتح آفاقًا واسعةً لحل المشكلات. وهل فكر أحدنا كم من المعلومات التي يحصل عليها يومياً من الإنصات في البيت والدائرة والأصدقاء، ويشير خبراء الإنصات " 10" إلى أن هذه المعلومات أقل مما يتصورها الإنسان. كثيراً ما نتظاهر أننا منصتون ولكن الحقيقة أنّ أذهاننا مشغولة بأمور أخرى، أو نفكر فيما سنقوله بعد أن يسكت المقابل، وهذا يعني أننا سنفقد نقاطًا كثيرة من كلام المتحدث.

ماذا يجب علينا أن نفعل في أثناء الإنصات؟ "12, 11, 6"

1 - **الإنصات الداخلي**: يجب علينا أن نبذل جهداً ذهنياً ووقتاً ثميناً لننصت لأنفسنا، لماذا لا نتمكن من الإنصات؟ هناك ضوضاء كثيرة في أذهاننا ولا توجد مساحة كافية للإنصات، لذلك يجب أن ننصت لأنفسنا ونفرغ أذهاننا من الارتباك قبل أن نتمكن من الإنصات للآخرين.

2 – **الاستماع**: يبدو بديهياً أننا يجب أن نستمع إلى الآخرين في أثناء حديثهم، ولكن الاستماع هو أهم عامل من عوامل الإنصات، ولتحقيق الاستماع المطلوب، ينبغي أن نقلل عوامل تشتت الاستماع الداخلية؛ أي أن نتوقف عن التفكير بموضوعات أخرى، وأن نقاوم الرغبة الداخلية في التفكير فيما سنقوله لاحقاً. كما يجب أن نقلل عوامل تشتت الاستماع الخارجية أيضاً: بتوفير جوٍ ملائم للإنصات والحد من الضوضاء، وعدم الانشغال بالموبايل، والحاسوب، وأية مقاطعة أخرى قد تحصل في أثناء الإنصات.

3 – **إظهار الإنصات**: يجب أن نحضر وجدانياً وبدنياً في أثناء المقابلة، ونظهر للمتكلم أننا منصتون له من خلال التلميحات التي تبدو على محيانا، مثل التواصل البصري وهزّ الرأس أو التفوه بعبارات بسيطة، مثل: ه ه، أكمل، نعم، جيد، استمر، ممتع والتي يستلمها المتكلم ويشعر أنك معه على نفس الخط.

4 – **التغذية الراجعة**: إن ما نسمعه سيخضع لمفاهيمنا وأحكامنا، لذلك ينبغي أن نؤجل ما يؤثر في الحديث الذي سمعناه؛ وتلخيص ما قاله المتكلم بأمانة أو بإعادة صياغة القول بعبارات يدرك المتكلم من فهمنا واستيعابنا لما قيل من دون الحكم عليها. وبهذا يتمكن أن يكمل ما بدا غامضاً أو ناقصاً من دون الحاجة إلى سؤال مباشر لإ كمال فكرته.

5 – **الصبر وعدم المقاطعة**: فسيولوجياً يتمكن الإنسان التلفظ بـ 125–150 كلمة بالدقيقة "12""، وفي المقابل يتمكن ذهن الإنسان من الفهم والإنصات إلى 600 كلمة. وهذا يعني أن دماغ الإنسان يستطيع أن يفكر وينصت في آنٍ معاً، لذلك ينبغي أن نستمع بوعي ونبقي ذهننا مفتوحاً للإنصات ولا نشغله بموضوعات أخرى، والتدريب على الصبر وعدم مقاطعة المتكلم في أثناء حديثه؛ يريد المتكلم أكثر من تواجد الشخص البدني والأسماع الآلي فقط، وإنما يحتاج إلى تفاعل وجداني والاستجابة لما يقول نفسياً واجتماعياً.

لقد استعمل صحابة رسول الله "ص" طريقة لطيفة لتعلم الصبر وعدم مقاطعة المتكلم وذلك بوضع حصاة تحت اللسان لتمنعهم من التكلم في الأوقات الحرجة. وكما ينبغي غلق الفم في أثناء الإنصات؛ لأن فتح الفم تلميحاً يوحي للمتكلم أن المنصت يريد أن يتكلم، ولمقاومة هذه الرغبة يمكن أن يدون المنصت بين مُدّة وأخرى بعض الملاحظات المقتضبة عن أهم النقاط التي تطرق إليها المتحدث، والنقاط التي تخطر بباله في أثناء الحديث للتذكر وعدم النسيان، فضلاً عن الوعي والتركيز على الإنصات كعمل إيجابي، ويجب تغيير هدف الحوار من التكلم إلى أن يكون الإنصات هدفاً مقصودًا قصدًا ذاتيًّا، أكثر من الكلام، وأن نصوغ الاستجابة المناسبة والصادقة في الوقت المناسب.

تصوروا ماذا سيحدث إذا استعملنا الإنصات في حياتنا اليومية؟

ستتحسن العلاقات بين البشر على مستوى العائلة، والعمل، والمجتمع. ويقل إلى حد بعيد سوء الفهم، والتفسير الخاطئ والصراع؛ ويحل محله الوصول إلى نتائج مقنعة للأطراف المتحاورة، ويتحول عصرنا من عصر التواصل إلى عصر الإنصات.

الإنصات في الممارسة الطبية

يحتاج الإنصات الفاعل إلى ترابط مهارات التركيز والتشجيع والانتظار والتقاط التلميحات المهمة، ومن المستحيل تقريبًا استعمال الإنصات الفاعل مع الأسئلة المغلقة. ويساعد إنصات الطبيب للمريض على التأمل والتفكير والإسهام بقدر أكبر من دون مقاطعة، ويُعطي الطبيب وقتاً أطول للتفكير والاستجابة بمرونة أكثر.

وأظهرت البحوث أن الأطباء منصتون غير جيدين "2 ، 14"

مما يبعد المرضى عن كشف أسباب زيارتهم بسهولة وإغفالها، وغالباً ما يقاطع الأطباء الأمريكان مرضاهم في أثناء عباراتهم الافتتاحية بمعدل (18) ثانية فقط "13"، وبعد تدريبهم على مهارات التواصل التي محورها الإنصات لمدة 12 سنة ازدادت فترة إنصاتهم قبل المقاطعة إلى 23 ثانية "14". وأن المقاطعة البسيطة لعبارات المريض الافتتاحية الأولية يمكن لها أن تمنع بروز المشكلات الأخرى بروزاً كاملاً أو قد تظهر المعاناة الرئيسة في نهاية المقابلة بعد أن ناقش الطبيب والمريض مواضيع غير مهمة! وتُعرف بمتلازمة الاستدراك "By the way doc. "15" وغالباً ومن دون قصد يهيئ الطبيب نفسه للسؤال الآتي بدلاً من التركيز على ما يقوله المريض. وقد يكون مشغولاً بصياغة السؤال الجديد ويحوّل انتباهه من الإنصات لرسالة المريض إلى مقاطعته، وبذلك يفشل في إعطاء الوقت الكافي للمريض للتعبير عن معاناته.

في حين يسمح الإنصات الفاعل للطبيب استكشاف مشكلات المريض ومعاناته من منظوره الشخص. ويبدو الطبيب داعماً ومشدودًا لما يتحدث به المريض ويلتقط تلميحاته ومشاعره وحالته العاطفية. ويبدو واضحاً أن بعض الأطباء لهم قابلية أكبر من غيرهم على تشجيع مرضاهم في الاسترسال في الكلام وإبداء الاهتمام بما يتحدثون، وأغلب المرضى يحتاجون أقل من دقيقتين لإكمال روايتهم الأولية "16".

ونلحظ في ممارستنا العملية أن بعض المرضى يستجيب للسؤال الافتتاح الأول بكلمة أو كلمتين ويصمت وينتظر أسئلة الطبيب ليجيب عليها، وهذا ناتجٌ عن الأسلوب الشائع في المقابلة الطبية وسيطرة الطبيب عليها، لذلك ينبغي أن يُشجع المريض على اكمال روايته أولاً.

وعندما يصمت المريض يجب الموازنة بين الإنصات والتدخل، ولنتذكر أن القلق الذي يشعر به الطبيب في أثناء صمت المريض أكثر من القلق الذي يشعر به المريض، ويتحمل المريض الصمت أكثر من الطبيب! ومن المفيد التعرف على الآليات التي تشجع المريض الاستمرار والتواصل والكلام، عند ذاك يبقى الطبيب منصتاً ويستمتع بالإنصات ويشجعه بتلميحات غير لفظية، مثل: هز الرأس والتعبير الوجهي والتي تعطي إشارات للمريض كي يستمر في روايته أو تلميحات شبه لفظية حيادية، مثل: همهمات ها، هو، م..م أو كلمات: استمر، نعم، ألاحظ، مما يعطي للمريض الثقة الضرورية لكي يستمر بالحديث. ويمتلك جميع الأطباء كلمات معينة أو عبارات مفضلة يستعملونها استعمالاً متكررًا "17".

وإن غالبية التشجيع والرغبة بالإنصات تأتي في سلوك الطبيب غير اللفظي الذي يعطي دلائل قوية على مستوى اهتمامه بشخوص مرضاه ومشكلاتهم. ومن المفردات غير اللفظية محل الاهتمام هي وضعية جسم الطبيب "Posture"، وحركته، وقربه من المريض "Proximity"، والتواصل البصري "Eye contact"، والإيماءات "gestures"،

ونبرات الصوت وجهارته، والتعبير الوجهي، واللمس، والقيافة، والمؤثرات البيئية الأخرى مثل: ترتيب الأثاث، الإضاءة، الدفء. جميعها عوامل تساعد على إظهار الانتباه للمرضى وعلى تكوين بيئة داعمة لترسيخ العلاقة "18". وبالمقابل فالسلوك غير المرتب والمهيأ سيمنع التفاعل ويثبط بناء العلاقة.

ولكن من أهم المهارات غير اللفظية هو التواصل البصري، ويمكن للطبيب ببساطة أن يهمله بل يضيّعه حينما ينشغل طويلاً بتدوين الملاحظات أو بالحاسوب الذي يتناقض ورغبته أن يُلِم بمشكلات المريض الشاملة. ويُفسر التواصل البصري السيّئ على أنه إشارة لعدم الاهتمام ويثبط التواصل المفتوح بسهولة الذي يُعد الانطباع الأول المهم في افتتاح المقابلة الطبية. وتشير بحوث التواصل على أن الرسائل غير اللفظية تغلب الرسائل اللفظية حينما يكونان غير متوافقين أو متناقضين.

ويحتاج الطبيب أيضاً إلى التقاط تلميحات المريض غير اللفظية والتي غالبًا ما يعبر بها المريض عن أفكاره وهواجسه وتوقعاته أو يستعمل عبارات غير مباشرة " 19 ". وعلى الطبيب أن يهتم بها اهتمامًا بالغًا ومبكراً في المقابلة، والضرر في إهمالها، أو أن يفترض الطبيب فهمها وماذا يعنى بها المريض من دون تمحيصها في أوانها.

والإنصات الفاعل يؤدي إلى إظهار الاهتمام بالمريض، والإنصات لقصته، وامتناع الطبيب من صياغة الافتراضات المبكرة عن مرضه، وتقليل ظهور المعاناة في نهاية المقابلة، ومنع التفكير بالسؤال الآتي الذي يتعارض مع إنصات الطبيب ويجعل المريض سلبياً، كما يمكن قياس مشاعر المريض بالإنصات، وأخيراً وليس آخراً؛ زيادة دقة الملاحظة والتقاط الإشارات اللفظية وغير اللفظية. وإذ يساعد الإنصات الفاعل المريض المشوش للتفكير والتعبير عن مشاعره، وعند إعطاء الفرصة لمثل هؤلاء المرضى سيسمح لهم الوقت في توضيح معاناتهم وتحديد مشكلاتهم التي يرغبون في مناقشتها.

وأخيراً، يُعد الإنصات الفاعل أحد أركان المقابلة الطبية الضرورية والذي يحمل في طياته قوة شفائية كامنة، ولاسيما في بعض الحالات المرضية التي لا تحتاج إلى تداخل طبي محدّد.

3 - التلخيص Summarizing

ما التلخيص؟

هو الخطوة التي يلخص الطبيب بها كلام المريض تلخيصاً لفظياً واضحاً، وهناك نوعان:

- التلخيص في أثناء المقابلة: الذي يركز على جزء محدّد من المقابلة.
- التلخيص النهائي: يلخص جميع فقرات المقابلة.

التلخيص، هو الخطوة المقصودة لوضع خلاصة لفظية واضحة للمريض مستمدة من المعلومات التي جمعت حتى ذلك الحين. وهو أحد أهم مهارات جمع المعلومات. ويساعد التلخيص الدوري الطبيب في مهمتين بارزتين هما ضمان الدقة في أثناء المقابلة وتيسير الحصول على المزيد من استجابات المريض:

أ - الدقة Accuracy

التلخيص، هو اختبار عملي بالغ الأثر في معرفة دقة فهم الطبيب لمعلومات المريض وتمكين المريض من تأييد **إيجاز** الطبيب أو أن يصحح سوء الفهم الذي حصل للطبيب. ووسيلة فهم متبادل على أرضية مشتركة بين الطبيب والمريض. وشبه بلات "20" العملية إلى مؤلفين يمرران مسوّدات لقصة مشتركة يكتبانها معاً إلى أن يقتنع كلاهما بها.

وينبغي أن يتذكر الطبيب تلخيص جانبي المرض والمعاناة في قصة المريض. وتلخيص كليهما يساعد على تلبية هدفين وهما:

- استكشاف منظور المريض وفهمه لغرض معرفة معنى المعاناة بالنسبة له.
- استكشاف المنظور الإحيائي الطبي أو إطار المرض من أجل الحصول على تاريخ مرضي مناسب.

وينبئ التلخيص عما إذا فهم الطبيب الموضوع فهماً صحيحاً. وإذا كان كذلك، فسيُؤيد المريض الصورة التي رسمها الطبيب بالإشارات اللفظية وغير اللفظية التي تدل على الموافقة، فإن لم تلخص المقابلة تلخيصًا واضحًا، فالمتوقع أن يحل التخمين والافتراض محل الفهم الصحيح لمشكلات المريض، وحينها سيرسل المريض إشارات غير لفظية تدل على عدم رضاه "21 ".

ب - التيسير Facilitation

لا يؤدي التلخيص إلى الدقة الأفضل حسب، بل إلى الفهم الأوسع لمشكلات المريض. إذ يصبح المقدمة التيسيرية الممتازة لما سيتّبعه من فقرات، تُمكن المريض أيضاً من أن يستمر في سرد قصته من دون توجيه الطبيب، وفسح المجال له للاسترسال وتوضيح مشكلته وأفكاره ومشاعره.

مثال:

الطبيب: "هل أستطيع أن أعرف ما إذا كنت قد فهمت ما تقول فهماً صحيحاً؟

لقد عانيت من عسر هضم سابقاً، ولكن عانيت من ألم حاد في صدرك على مدى الأسابيع الفائتة مصحوبة بغازات وحموضة. تمنعك من النوم وتتفاقم عندما تتناول حبوب المفاصل. وتتساءل ما إذا كانت الحبوب المسكنة هي السبب، هل هذا صحيح؟" (صمت)

المريض: "نعم، ولا أستطيع أن أوفق بين معاناتي واحتياجات ولدي المريض المتزايدة."

هنا فهم المريض إيجاز الطبيب وأضاف مشكلة أخرى

ويتميز التلخيص في أثناء المقابلة بمزيّات عديدة "3 "، وهي:

- يبين أن الطبيب كان منصتاً (للمريض).
- ويشير إلى اهتمام الطبيب وبذل عنايته للحصول على المعلومات بالطريقة الصحيحة، وتحظى بتأييد المريض.

- يقدم طريقة لحل المشكلات تعاونياً.
- يتيح للمريض أن يتحقق من فهم الطبيب وأفكاره.
- يمنح المريض فرصة تأييده لتفسير الطبيب أو تصحيحه أو لملء الثغرات.
- يحث المريض على الاسترسال وتوضيح مشكلاته وأفكاره لأنه يعمل كافتتاحية تيّسيرية.
- يعبر عن اهتمام الطبيب بجوانب المعاناة والمرض من قصة المريض.

والتلخيص كأداة لبناء هيكلية الحوار الطبي ويسمح للطبيب القيام بما يأتي:

- تجميع ومراجعة كل ما سمعه من المريض حتى تلك اللحظة.
- تنظيم المعلومات وصبها في قالب متماسك.
- إدراك نوعية المعلومات التي مازالت ناقصة أو غامضة من المريض.
- الحصول على فرصة النظر في المنحى الآخر الذي ستتجه له المقابلة بعد ذلك.
- الفصل بين المرض والمعاناة وتأمل تدبيرهما معًا.

إن متعلم أساليب الأسئلة المفتوحة والإنصات يجد التلخيص مفيدًا، للتأكد مما قاله المريض ولاسيما الطبيب الذي لم يحضر في ذهنه السؤال المناسب في تلك اللحظة. وإن مهارة التلخيص واستجابة المريض المناسبة لها، عادة ما تؤدي إلى تداعي أفكار المريض واسترساله وزيادة المعلومات التي سيذكرها من دون إحراجه بالأسئلة المغلقة.

الطبيب: هل أستطيع التأكد من أنني فهمت ما قلت فهماً صحيحاً؟

- **كان لديك ألم في القدمين منذ عدة أشهر، ولاسيما عند المشي وعانيت من تصلب جميع مفاصلك عند الصباح وكنت متعباً بشكل عام؟**

المريض: نعم، هذا هو المقصود، وأجد صعوبة في تلبية احتياجات أطفالي المتزايدة في الوقت الحاضر.

والتلخيص مهارة رئيسة في جميع مراحل المقابلة، فهي تهيّئ تغذية راجعة مقصودة للمريض بشأن ما تظن أنك قد سمعت منه عند إنصاتك لحكايته، فمن دون حصول تغذية راجعة من الطبيب كيف يعرف المريض أنه استطاع إيصال أفكاره وأدركها الطبيب؟ وفي جميع الأحوال، فإن هذا هو مجرد افتراض، فنحن لا نستطيع الافتراض بأن الإنصات الواعي نفسه يمكن أن يؤدي إلى الفهم الصحيح. والاتصال موضوع معقد، وأن كثيراً من التفسيرات غير الصحيحة ممكنة الوقوع. والسؤال الرئيس المطلوب من الطبيب توجيهه هو

" كيف أعرف أن ما فهمته من المريض هو تمثيل صحيح لما أراد أن يخبرني به؟"

ومن منظور المريض يصبح السؤال:

" أنا أدرك أن الطبيب يبدو منصتاً لي، ولكن كيف لي أن أعرف أنه قد فهمني؟"

كيف يمكن لكل من الطبيب والمريض أن يعرفا بأنهما أقاما أرضية مشتركة لفهم كل منهما الآخر؟ وهناك مصادر كثيرة ممكن أن تشتت الاتصال كما يحصل لأية رسالة بين طرفين. أنظر في أمر مريض يعطي رسالته إلى طبيب فإن تشتيت الرسالة يمكن أن يحصل عند النقاط الآتية:

- إن ما يقوله المريض قد يكون غامضاً.
- ببساطة يمكن أن يكون المريض قد نسي ذكر شيء ما.
- ربما كان المريض قد أساء فهم سؤال الطبيب.
- ربما كان المريض قد سرد تلك الرواية إلى أحد افراد فريق الرعاية الصحية، ولذا فإن الطبيب لابد أن يكون على علم بها.
- ربما كان المريض قد أعطى العنوان الرئيس لقصته لكنه شذ عن الطريق ولم يكمل تعليقه.
- ربما كان المريض قد ارتكب غلطة لفظية غير مقصودة الأمر الذي شتت المعنى الذي كان يقصده.
- قد يعطي المريض إشارة غير لفظية مثل الضحكة التي توحي بشيء غير مقصود للطبيب.
- ربما كان المريض قد قال ما يقصده بالضبط، إلاّ إن التشتت حدث في ظروف بث الرسالة (مثلاً أن ضجيج الردهة منع الطبيب من سماع كل ما قاله المريض).
- إن الطبيب يسمع الرسالة الصحيحة من المريض ولكنه يسيء تفسير قصد المريض.
- إن الطبيب قد فهم ما قاله المريض إلاّ أنه يضع افتراضات خاطئة حول ما عسى أن يكون خلف تلك الرسالة.
- قد يكون لدى الطبيب انحيازاً وميولاً مما يؤثر في الدقة (مثلاً استناداً إلى جنس المريض أو عرقه أو عمره، التدريب الطبي الذي حصل عليه الطبيب، مكان المقابلة الطبية أو الخبرة السابقة مع ذلك المريض).

يمكن أن تؤدي جميع عوامل التشتت إلى أخذ تاريخ طبي غير صحيح. وأن الطريقة الوحيدة التي تؤكد أن الرسالة قد صيغت صياغة مناسبة، وأنها قد استُلمت وفُسرت وفُهمت فهماً صحيحاً هي عن طريق التغذية الراجعة. ففي المقابلة الطبية ليس من المحتمل أن يسأل المريض الطبيب أن يعيد ما فهمه من رسالته! وما لم يكن لدينا مسؤولية إعطاء التغذية الراجعة عن طريق تقديم تلخيص لأقوال المريض مع تتابع أحداث المقابلة، فسنُبقي المريض في موقف الشك من إدراك الطبيب وفهمه وعندها سنكون نحن – الأطباء- أنفسنا غير واثقين من أننا قد حصلنا على معلومات دقيقة أيضًا.

التلخيص النهائي End Summary

تفحصنا قيمة التلخيص في أثناء سرد المريض قصته. ويُعدّ التلخيص أداة ضرورية في إغلاق المقابلة أيضاً. ويعطي التلخيص الموجز للمقابلة وخطة الرعاية فرصة لتأكيد قصد الطبيب والمريض، كما هي ذات قيمة عليا وأداة تيسير للمريض لعرض أسئلته أو تصحيح إدراك الطبيب وزيادة الدقة ومن ثَّم الالتزام على أن يتذكر الطبيب دائماً أن يترك فسحة للمريض للتصحيح أو الإضافة.

أسئلة الإنصات والتلخيص

- تعلّم الإنصات للذات، إغلاق العين والإنصات 20 ثانية إلى ما يدور في ذهنك وتصفية البال من المشاغل الأخرى للتركيز والإنصات إلى المحاضرة.
- لتحسين الإنصات والتلخيص هناك تمارين سريعة وبسيطة لإحماء المتدربين وجذب اهتمامهم إلى الإنصات والتلخيص:

أ- نعم ولكن "Yes But": رسالة سلبية، هذا التمرين ينفي المتحدث الرأي قبل لكن.

ب-نعم و "Yes And": رسالة إيجابية يؤكد المتحدث الجملة الأولى.

ج- تمرين المراجعة القصيرة:

بإعادة أفكار المريض بتعبير آخر:

تلخيص أفكار المريض "تلخيص منطقي"

تلخيص ما قاله المريض مع مواساة أو تعاطف

- تمرين الإنصات، يطلب المُيّسر من المجموعة برسم الجملة التي يتفوه بها لمرة واحدة فقط: أربعة أشكال؛ ثلاثة دوائر ومربع، الشكل الثالث مضلل وعلى يمينه مربع، أرسم هذه الاشكال؟
- تحفيز الطلبة على التركيز على قصة يقصها المُيّسر لمدة دقيقة ويسألهم بعد 15 دقيقة وبعد تناول موضوع آخر، أسئلة تتعلق بأسماء الشخصيات وأعدادهم والأماكن والوقت الوارد في الرواية لمعرفة مدى تركيزهم وقوة إنصاتهم، كما يمكن إعادة التمرين وجعله مسابقات بين مجموعات صغيرة.

المهارات

- تقسيم الطلبة إلى مجموعات ثنائية على أن لا يعرف بعضهم سابقاً؛ متحدث ومنصت، ويتكلم المتحدث لمدة دقيقة واحدة عن نفسه صفاته الشخصية وعن عمله هواياته وسكنه وموضوعات مختلفة، ويعاد التمرين ويتبادلون الأدوار، ثم يجتمعون ويقدم كل شخص ما فهمه من حديث الآخر، وبعدها يُسأل المتكلم:
- ما الذي استفاد من هذا التمرين؟
- ويُسأل زميله كيف كان تقديم المتكلم له؟
- ما الأخطاء التي وقع بها زميله ولماذا؟

وبعدها يتم تبادل الآراء للمجموعة الصغيرة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

- لماذا نحتاج إلى الإنصات؟
- متى نحتاج إلى الإنصات؟
- ما الأخطاء التي نقع بها حينما ننصت؟
- ما الذي يساعدنا لنكون منصتين جيدين؟
- راجع التسجيل الصوتي على اليوتيوب بالرابط أدناه وأجب عن الأسئلة المرفقة معه؟
https://www.youtube.com/watch?v=ztVIiz0sb-E&t=9s

المصادر

1. Byrne PS, long BEL. Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behavior of General Practitioners Consulting in Their Surgeries, London, England Her Majesty's Stationary Office; 1976.
2. Platt FW and McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med. 91:1979: 898-902.
3. Chen-Tan Lin, Frederic W. Platt, James T. Hardee, Dennis Boyle, Bennett Leslie, and Brain Dwinnell, The Medical Inquiry: Invite, Listen, Summarize, www. turner-white.com, JCOM, Vol.12, No.8, Aug., 2005.
4. Dennis Boyle, MD, Brian Dwinnell, MD, and Frederic Platt, Invite, Listen and Summarize: A patient Centered Communication Technique, Academic Medicine, Vol. 80, No.1, Jan., 2005.
5. Takemura Y., Reiko Atsumi, Tsukasa Tsuda, Identifying Medical Interview Behaviors that Best Elicit Information from Patients in Clinical Practice, Tohoku Journal of Experimental Medicine 213(2):2007:121-7.
6. Gafaranga J and Britten N. `Fire away': the opening sequence in general practice consultations. Fam Pract. 20: 2003: 242-7.
7. Goldberg D, Steele JJ, Smith C and Spivey L. Training Family Practice Residents to Recognise Psychiatric Disturbances. National Institute of Mental Health, Rockville, MD, 1983.
8. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J,
مهارات الاتصال مع المرضى، كتاب منهجي مترجم، الفصل الثالث جمع المعلومات ص80-132، طبع في رادكليف اكسفورد لندن. تأليف جوناثان سلفرمان وسوزان كورتس وجوليت درابر،ترجمة عبدالسلام صالح سلطان وطارق المبارك، 2010.
9. د. ميسرة طاهر: https://www.youtube.com/watch?v=ZudHklIzt_s
10. William Ury, The power of listening | William Ury | TEDxSanDiego: https://www.youtube.com/watch?v=saXfavo1OQo
11. S. van Dulmen, when words do not come easy, PEC 100 (2017) 1975-8
12. Wong, Linda (2014). Rate of speaking In: Essential Study Skills 8th edition, Cengage Learning US.
13. Beckman HB. Frankle RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. 1948; 101; 692-696.
14. Marvel KM, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 1999; 281:283-7.

15. White J, Levinson W, Roter D. "Oh by the way ..." the closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med. 1994;9:24-8.

16. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S and Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ. 325: 2002: 682-3.

17. Henbest RJ and Stewart M. Patient-centredness in the consultation. A method of measurement. Fam Pract. 6: 1990a: 249-53.

18. Henbest RJ and Stewart M (1990b) Patient-centredness in the consultation. Does it really make a difference? Fam Pract. 7: 1990b:28-33.

19. Tuckett D, Boulton M, Olson C and Williams A. Meetings Between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. Tavistock, London, 1985.

20. Platt FW, Platt CM, Two collaborating artists produce a work of art: The Medical interview, Arch Intern Med. 2003;163:1131-2.

21. Neighbour R. The Inner Consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style. MTP Press Ltd, Lancaster, 1987.

مهارات الحوار غير اللفظي

Nonverbal Techniques

قَالَ رَبِّ اجْعَل لِّي آيَةً ۖ قَالَ آيَتُكَ أَلَّا تُكَلِّمَ النَّاسَ ثَلَاثَةَ أَيَّامٍ إِلَّا رَمْزًا ۗ وَاذْكُر رَّبَّكَ كَثِيرًا وَسَبِّحْ بِالْعَشِيِّ وَالْإِبْكَارِ

آل عمران (41)

ما أضمر أحد شيئًا إلاّ ظهر في فلتات لسانه وصفحات وجهه

"الإمام علي بن أبي طالب"

التلميحات غير اللفظية سريعة لا تستغرق أكثر من نصف ثانية

فيجب التيقظ والمراقبة لالتقاطها في أثناء المقابلة الطبية

"الآن وبربارة، 2012"



التعبير غير اللفظي

التواصل بين الناس ليس مجرد كلمات، ويأتي الكثير منه في الحوار غير اللفظي. ويُعرف الحوار غير اللفظي بالأداة التعبيرية الأساسية المهمة التي نتبادل خلالها الرسائل من دون استعمال الرموز اللفظية (الكلمات) لبناء العلاقات مع الآخرين والتعبير عن كثير من المعاني والمشاعر والأفكار والمواقف الصعبة. وليس معظم المتحاورين على وعي كامل بما يجري في هذه القناة التواصلية المهمة، وقد يصدر من أحد المتحدثين إيماءة لا شعورية تؤدي بالمتحدث المقابِل إلى اتخاذ موقفٍ لا شعوريٍ أيضاً من المتكلم! ويعد الحوار غير اللفظي لغة عالمية فطرية تصل الجميع "1". ويتكون من:

- إشارات منفردة " كلمات الحوار غير اللفظي" مثل حركة الحاجب.
- مجموعة من الإشارات "جمل الحوار غير اللفظي" كوضعية الجسم، والمصافحة، وتعابير الوجه، سلوك العين، الإشارات الصوتية.
- السياق؛ سياق الحديث الذي ظهرت به هذه الجمل غير اللفظية، ولا يمكن لنا فهم إشارة واحدة إذا لم نلحظ الجملة غير اللفظية المترابطة ضمن سياق الحديث. كما أننا لا نفهم معنى لفظ الكلمة المنطوقة إلاّ عند دخولها في جملة وضمن سياق الحديث. فمثلاً نقول الحب إكسير الحياة؛ فهل نقصد حب الحبيب، أم الزوجة، الأم، الوطن، العائلة، الأولاد... ولا يظهر المعنى الكامل إلاّ بعد أن نفهم السياق التي استعملت فيه الجملة.

أنواع الحوار غير اللفظي

الحوار غير اللفظي نوعان، هما لغة الجسد والحوار الرمزي:

1 - لغة الجسد "Body Language":

مثل: تعبيرات الوجه، حركة العينين والحاجبين، حركة ووضع اليدين والكفين، حركة ووضع الرأس، حركة ووضعية الرجلين، حركة ووضع الشفاه والفم واللسان، وضعية الجسم، وسنتطرق إلى بعض التفاصيل في أدناه:

أ - تعبيرات الوجه "Facial Expression": مثل رفع الحاجبين، التقطيب – العبوس-، الابتسامة، البكاء، حيث يعد وجه الإنسان أداة تعبيرية واضحة، وقادرة على التعبير عن عدد لا يحصى من العواطف من دون أن يقول كلمة واحدة، فهناك تلميحات دقيقة "Micro expression" رئيسة في الوجه تعبر عن العواطف مثل: الفرح والحزن والغضب والمفاجأة والخوف والاشمئزاز والاستهزاء، موحدة بين الثقافات المختلفة "1" الشكل 9.

الشكل 9: التلميحات الدقيقة الموحدة في العالم

فرح "Happiness": تجاعيد قدم الغراب حول العينين، ارتفاع والوجنتان، وحركة العضلات حول العينين..	
حزن "Sadness": هطول الأجفان العليا، فقدان تركيز النظر، ونزول زوايا الفم للأسفل.	
الغضب "Anger": تقارب الحواجب ونزولها إلى الاسفل، العينان محدقتان وزم الفم بشدة	
اشمئزاز"Disgust": تجعد الآنف وارتفاع الشفة العليا.	
خوف "Fear": ارتفاع الحاجبين وتقاربهما وارتفاع الجفنين العلويين إلى الأعلى، توتر الاجفان السفلى، تتمطط الشفتان إلى الخلف نحو الاذنين	
دهشة "Surprise": ارتفاع الحاجبين، اتساع العينين، والفم مفتوح.	
استهزاء "Contempt": توتر إحدى زوايا الفم وارتفاعها إلى الأعلى.	

ب- التواصل البصري "Eye Contact":

عين المرء عنوان قلبه

الحاسة المسيطرة عند معظم الناس، ويدرك الإنسان العالم بالنظر والتواصل البصري، ويعد من أهم أنواع التواصل غير اللفظي، مثل الخزر، التحديق، حيث يولد هذا النوع من التواصل كثيراً من مشاعر المحبة، العداء، الجاذبية، النفور بين المتحدثين، كما أن هذا التواصل يؤثر تأثيرًا فاعلاً في مسيرة المحادثة والتواصل؛ سواء بتدفق الحديث أو إنهائه. فالتواصل البصري الصحيح يراه بعض الخبراء في أن يكون ما بين 4-5 ثوانٍ، ويحدّد أيضاً بأن المتصل يديم النظر إلى أن يتعرف على لون عين المقابِل.

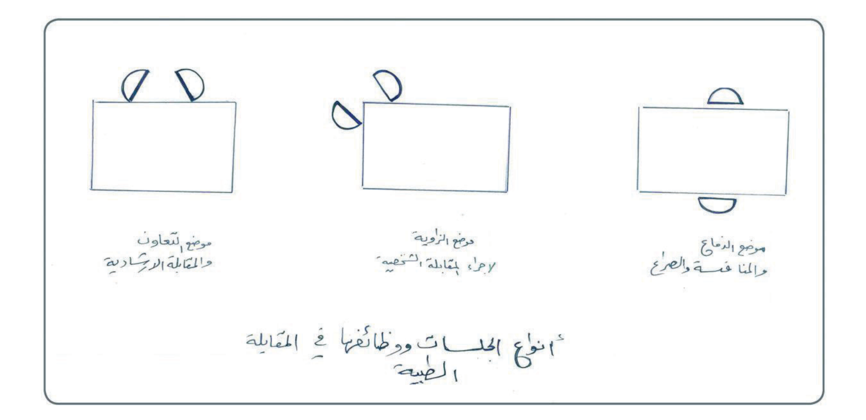
ج- وضعية الجسم "Body Posture": وتعد ثروة من المعلومات تؤثر على نظرتنا تجاه من نتعامل معهم، فمن حيث طريقة جلوسهم ومشيهم ووقوفهم وطريقة تحركهم واسترخائهم نستنبط كثيراً من المعاني والأفكار عن طبيعتهم وشخصيتهم وما يريدون إيصاله لنا.

د- الإيماءات "Gestures": مثل إشارات اليدين والذراعين، التململ – للتعبير عن الضجر وعدم الارتياح-، هز الرأس، حركات القدمين والساقين، وهي جزء من نسيج حياتنا اليومية مثل استعمال أيدينا عندما يكون المتحدث يؤيد رأيه بحجة أو يتحدث عن نفسه بحيوية ونشاط، ونستعمل الإيماءات في أثناء حديثنا كثيراً من دون تفكير في أدائها، ولكن يجب الانتباه إلى نقطة مهمة؛ أن هذه الإيماءات كثيراً ما تختلف من ثقافة إلى أخرى، لذا يجب الحذر عند استعمالها في أثناء التعامل مع الآخرين، تجنبًا لوقوع سوء الفهم.

هـ- اللمس "Touch":حيث يتواصل الناس ويتفاعلون معاً من خلال اللمس؛ مثل المصافحة، العناق، التقبيل، المسح على الشعر، وضع اليد حول العنق، التربيت على اليد أو الظهر، جس المريض في أثناء الفحص.... فاللمس لغة تواصل قوية لتوصيل كثيرٍ من الرسائل من دون حديث أو لغة بين الناس.

و- المجال الحيوي"Proxemics": لكل فرد فضاء خاص به أو حيز مادي، واقتحام هذا الحيز يعبر عن كثير من الرسائل المختلفة المراد توصيلها ونقلها، حيث يعبر عن الحميمية، التعاطف، العدوان، الهيمنة "2". وفي المقابلة الطبية يمثل الفضاء الحيوي المجال الذي يشغله الطبيب والمريض ويشمل: الاختلاف في الارتفاعات والمسافة بين الشخصين والزاوية بينهما والحواجز المادية مثل لف القدمين أو الساقين، الكومبيوتر والمنضدة والمكتب. فمثلاً حينما نريد أن نقلل من تفاوت القوى والسيطرة يجب أن نأخذ بعين الاعتبار وضعية المريض؛ إن كان جالساً، نجلس، وإن كان واقفاً، نقف، وأن لا نكون أعلى منه. وإن كان مستلقياً على السرير نجلس أو نقرفص بجانبه، وكذلك حينما نحاور طفلاً فنكون بمستوى الارتفاع الذي يحتله ونجتهد لنساوي القوى وليس لنفرضها. وإن تجاوز هذا المجال قد يفسر بالعدوان أو الهيمنة "2 , 3".

وفي المقابلة الطبية ينبغي أن تكون الجلسة بين المريض والطبيب من دون حواجز مادية وبزاوية، ليتمكن المريض والنظر متى شاء إلى الطبيب، وقد يشيح بنظره إلى الأمام والمفضل أن يكون أمامه منظر طبيعي أو حديقة من خلال الشباك لتعطيه الطمأنينة والتفكير الهادئ عند الحاجة، وعند الجلسات الإرشادية ينبغي أن يجلس الطبيب والمريض جنبًا إلى جنب ويجب الحذر من الجلوس بالتقابل وبينهما حاجز مما يوحي بروع الصراع والمنافسة. كما في الشكل 10



ز- الصوت "Voice":يمكننا أن نتواصل مع بعضنا بعضاً صوتيّاً، حتى وإن لم نستعمل الكلمات في تواصلنا، إذ إن التواصل الصوتي يُفيدنا في تبادل رسائل كثيرة، مثل: السخرية، الغضب، المحبة، الكراهية، السعادة، الحزن، الثقة، الضعف..... وذلك إستنادًا إلى جهارة الصوت ونغمته ونبرته وايقاعه.

ح- استعمال الوقت "Time": كيف يستعمل المقابل الوقت؛ مبكراً، متأخراً، في الوقت المناسب، الوقت الإضافي، الاستعجال، التباطؤ بالرد، تعطينا معلومات مهمة على طريقة تواصله معنا.

2 - الحوار الرمزي " 4" "Symbolic Communication"

إن مظهر الإنسان يعد من العوامل المؤثرة في عملية التواصل غير اللفظي ويبعث رسالة إلى المستقبِل ذات مضمون مهم. فالمظهر يعكس انطباعات مهمة لدى المتلقي، ويُظهر القيم والأحاسيس، مثال على ذلك:

- الشعر: اللحية، الشارب، الحلاقة، التسريحة، مستحضرات التجميل.
- العلامات: مثل الوشم... وغيره.
- نوع الملابس وألوانها، وهذا هو السبب الذي جعل الخبراء في مجال التواصل ينصحون بضرورة ارتداء اللباس المناسب لإجراء مقابلات مع أصحاب العمل المحتملين.
- نوع السيارة وسنة صنعها، طراز المنزل وموقعه.
- المقتنيات: الساعة اليدوية، الهاتف محمول، الجواهر والحلي.

تشير الدراسات أن المريض يأخذ 11 ملاحظة في 7 ثوان عند المقابلة الأولى"5":

طبيبة اصيبت باللمفوما وسافرت إلى أحدى الدول المجاورة وتبحث عن طبيب يعالجها ووصفت الطبيب الذي يعالجها، وفي ذلك البلد ولم يقنعني أحد من الذي أنا أبحث عنه، وأخيرًا قررت الذهاب لمستشفى خاص بالأورام في ذلك البلد لأنني عجزت عن الاختيار. ولأن في المستشفى لا يحق لأحد أن يختار وإنما هناك طبيب محدد من قبل إدارة المستشفى لكل مرضى اللمفوما "lymphoma": ويا له من طبيب، اسمحو لي بوصفه لكم:

- شكله عجيب غريب لا يشبه شكل الطبيب نهائيًا.
- ملابسه ضيقة جدًا ألوانها غريبة جدًا.
- ويلبس سوارات ذهبية في عنقه وساعديه.
- يغني باستمرار مع نفسه.
- يستهزئ من المرضى ومن كلامهم دائمًا.
- يعطي للمقابل إحساسًا بأنه يقوم بعمله وهو مجبر ولا يطيق هذا العمل.
- بعيد جدًا عن الله.

وهنا السؤال: لماذا أنا اخترته؟

لأنني فى المستشفى رأيت اشخاص كثر يعانون مثلي، وقلت في نفسي أنا لست الوحيدة.

وارتحت معهم وقبلت هذا الطبيب أن يشرف على علاجي. وكانت معاملته لي قاسية بكل معنى الكلمة.

أدوار الحوار غير اللفظي وأهميته:

يمكن للحوار غير اللفظي أن يؤدي خمسة أدوار رئيسة وهي:

- **التأكيد**: حيث يعمل التواصل غير اللفظي على تكرار معنى الرسالة الشفهية ليتمكن المستقبل من فهمها فهماً جيداً.
- **الاستبدال**: يمكن للتواصل غير اللفظي أن يكون بديلًا للرسالة الشفهية: كما قال الشاعر

"وتعطلت لغة الكلام وخاطبت عيناي في لغة الهوى عينـاك"

- **الإكمال**: قد تضيف رسالة شفهية أو تكملها، إذ قد تُزيد من إيضاحها وتكمل إيصال معانيها للمستقبِل، مثل الحديث النبوي الشريف:

"أنا وكافل اليتيم في الجنة كهاتين، وأشار بالسبابة والوسطى وفرج بينهما شيئاً"

- **توضيح الجمل**: قد تؤثر لغة المرسل أو لهجته على فهم الرسالة وغموضها لدى المستقبل، فيتدخل التواصل غير اللفظي ليزيل هذا الغموض مثل: رفع الصوت على الكلمة المراد التركيز عليها.
- **التناقض**: إذ يمكنه أن يعكس معاني متناقضة مما يريد المرسل إيصاله من أفكار ومعاني، وهذه الوظيفة لها أهمية كبيرة في الممارسة الطبية، مثال: هز الرأس على الجانبين في أثنا القول نعم!

وتـزداد أهميــة الحوار غيــر اللفظــي ونوليه عناية أكبــر حينما نكــون غير متأكديــن مما تعنيــه الكلمات، كمــا نولــي التلميحــات غير اللفظيــة اهتماماً أكبر عندما نخشــى أو نشــتبه أن المقابِل لا يقــول الحقيقة، لأن نبرة الصــوت ولغــة الجســد يصعب التحكــم بها مقارنــة بالكلمات، وتــزداد مصداقيتك وثقــة الناس بــك حينما تكون عباراتك واضحة لا لبس فيها.

دور الحوار غير اللفظي في المقابلة الطبية

يحتل الحوار غير اللفظي أهمية تساوي أهمية الحوار اللفظي، إن لم تكن أكثر منه في بناء العلاقة مع المريض. وبينت البحوث أن الحوار غير اللفظي له أثر فاعل في زيادة قناعة المريض والتزامه بالبرنامج العلاجي وحتى استجابته للعلاج، "6 و 7". وسنتناول أهم أدوار الحوار غير اللفظي في المقابلة الطبية في خمسة محاور:

1 - انسجام الحوار غير اللفظي مع الحوار اللفظي

من الطبيعي أن يكون الحوار غير اللفظي مع اللفظي على نسقٍ واحد في حواراتنا المتنوعة، وعند تكامل الحوارين في المقابلة الطبية سنرسم صورة أفضل عن المريض ونفهم مرضه ومعاناته أكثر. ويمكن للحوار غير اللفظي أن يؤكد الحوار اللفظي أو يحدد النطق أو يوزن أو ينظم أو يحل محل التواصل اللفظي. وفي معظم الظروف، يعمل الحوار اللفظي وغير اللفظي سويةً لكي يعزز أحدهما الآخر. وتساعد الإشارات غير اللفظية الرسائل اللفظية لكي يتم إيصالها إيصالاً دقيقاً وكفاءة عن طريق تعزيز الرسائل اللفظية. فمثلاً، بعد أن يلخص الطبيب أقوال المريض ويسأله: هل استطعت أن أفهم ما قلته؟ فيجيب المريض: "نعم هذا هو المقصود بالضبط" ثم يبتسم الطبيب ويميل بجسمه إلى الأمام ويستعمل لهجة حميمة. بينما عندما تتحدث مريضة عن مخاوفها المتعلقة بالعملية الجراحية: فإنها تنظر إلى الأسفل وتتكلم ببطء وتلوي أصابعها بعصبية.

وباستطاعتنا استعمال الحوار غير اللفظي للحد من الشكوك وسوء الفهم في تواصلنا اللفظي، مثل "هل أنت سعيد بهذه الخطة العلاجية؟" مصحوبة بتواصل بصري وانفراج اليدين مع تعبير استفهامي على الوجه، تشير جميعها إلى الاهتمام الصادق.

ولكن عندما نفشل في مواءمة تأييدنا غير اللفظي لتعبيرنا اللفظي، فإن حوارنا أكثر عرضة لسوء الفهم. وهذا الاختلاف بين الحوارين يدعى الرسائل المختلطة "8" "Mixed Message" فمثلاً حينما يجيب المريض بنعم لترك التدخين في حين يهز رأسه إلى الجانبين "علامة لا"، فإن المشاهد يعرف أن المريض في حيرة.

وعندما تتعارض القناتان اللفظية وغير اللفظية، فإن المريض يميل إلى تصديق الرسائل غير اللفظية أكثر من الرسائل اللفظية "9". فمثلاً حينما يتفوه الطبيب بالعبارة اللفظية: "أخبرني عن مشكلتك؟" بينما تشير الإشارات غير اللفظية إلى الاستعجال مصحوبة بنظرات قلقة، سيفسر المريض السؤال: إن الوقت ضيق والطبيب على عجل ليس لديه وقتٌ لسماع مشكلتي ويجب الاختصار. وكذلك حينما يوضح الطبيب أمراً ما "مثل نتيجة تحليل" ويقول: ليس هناك ما يثير القلق ولكن يتردد في عباراته عند إيصال الرسالة اللفظية، فإن المريض سيفترض أن هناك بعض القلق وأن المعلومات قد حجبت عنه.

مثال طفل 12 سنة، راقد في ردهة أمراض الدم وكان الطبيب واقفاً أمامه يقرأ نتيجة تحليل الدم: صرخ الطفل وهرب من الردهة يولول، ويقول لقد أصبت بالسرطان لأن الطبيب حينما كان يقرأ التحليل قطب حاجبيه، وأرى بقية الأطفال في الردهة شعرهم ساقط بسبب الدواء الكيمياوي؟!!

وهناك استعمال آخر للسلوك غير اللفظي يتعلق بتعزيز نظرية التفاعل الاجتماعي "10-12" والتزامن في الحوار غير اللفظي "13": إذ يميل الناس إلى التصرُّف على وفق الطرائق التي تعزّزُ توقّعاتهم العامّة. ويميلون إلى نسخ أو تقليد سلوك بعضهم البعض غير اللفظي - أو التحرك أو الكلام بتزامن - للدلالة على الانسجام. ويتمكن الطبيب من استعمال هذه المفاهيم للإفادة منها أولاً، عن طريق استباق التوقع الإيجابي. وثانياً، تصميم أنموذج لمهارات الإنصات الواعي المريح. وقد يتخذ المريض وضعية الطبيب ويعزز السلوك الذي سيساعدهما على الشعور بالراحة ويبدون أكثر اهتماماً. وباستطاعة الطبيب أن يؤثر في سلوك الآخرين عن طريق سلوكه.



2 - إدراك الطبيب تلميحات المريض غير اللفظية

أهمية الحوار غير اللفظي هو أن ترى وتسمع ما لم يقله المريض

يتردد المرضى عن إبداء مواقفهم أو مشاعرهم تردداً واضحاً بدلاً من ذلك يستعملون رسائل غير مباشرة أو ضمنية، وقد تكون الإشارات غير اللفظية تبعاً لذلك- أحد مؤشرات الطبيب القليلة المهمة بأن المرضى يرغبون في التعبير عن مخاوفهم واهتماماتهم بشأن مرضهم.

وليس باستطاعة الطبيب تفسير تلميحات المريض غير اللفظية المترافقة مع كلامه تفسيراً دقيقاً ما لم يراقبها مراقبة دقيقة، ويتحقق من فهمه تحقيقاً لفظياً. ويشجع هذا الفهم المريض إلى أن ينطلق ويعبر عما يشعر به مما يؤدي إلى زيادة المعلومات المستقاة والفهم المتبادل بينهما.

فمثلاً يطلب الطبيب توضيحاً حينما يلاحظ علامات انزعاج المريض فيبادر لتدقيقها: "يبدو عليك الانزعاج، هل ترغب في الحديث عن ذلك؟".

وتساعد التقاط التلميحات غير اللفظية الطبيب ليس على فهم الضغط النفسي من جراء معاناة المريض حسب، لكنه في الوقت نفسه ذو أهمية تشخيصية كبيرة متميزة. وقراءة الإشارات غير اللفظية للمصاب بالاكتئاب هو جانب مهم من جوانب تشخيص المعاناة "2". في حين إن المشكلات العاطفية التي تُستقى من القنوات غير اللفظية تكون في أغلب الأحوال هي السبب الذي يكمُن خلف الأعراض البدنية.

3 - إدراك المريض تلميحات الطبيب غير اللفظية:

حين تدخل إلى غرفة الطبيب فتجده أمامك، يسمع شكواك، ويصغي إلى همومك، ويسألك فتجيب، ويقوم بفحصك فتتركز نظراتك على وجهه، فإن لاحت على محياه ابتسامة داخلك اطمئنان، وإن بدا على وجهه عبوس ركبك القلق

"حكمت الشعرباف[1]

وبالمقابل، يجب إعارة الاهتمام إلى مهارات الطبيب غير اللفظية الشخصية والرسائل التي يرسلها عن طريق القناة غير اللفظية "التشفير" ليعزز جهوده اللفظية في التواصل. فإذا كانت إشارات الطبيب اللفظية وغير اللفظية متناقضة، فأقل ما يمكن أن يحصل هو تعرضها لمخاطر الارتباك أو سوء التفسير. وأسوأ ما قد يحصل هو أن رسالته غير اللفظية ستتغلب. وإن عدم التكافؤ في القوة والسيطرة بين المريض والطبيب، يقود المريض إلى الاهتمام بالإشارات غير اللفظية للطبيب اهتماماً خاصاً وما تعنيه. ونادراً ما يستفسر المرضى عما يبدو من إشارات غير لفظية التي يلتقطونها من تلميحات الطبيب غير اللفظية. وفي العادة يرسمون انطباعاتهم بالدرجة الأولى على الرسائل غير اللفظية.

ومن أهم المهارات غير اللفظية التواصل البصري. ومع ذلك، فكثيراً ما يراجع الطبيب الملف الطبي أو سجل المريض في الحاسوب في أثناء عرض المريض لروايته المرضية وبهذا تضيع فرصة لغة العيون. وفي دراسة نوعية على الممارسة الطبية العامة في المملكة المتحدة فحصت هيث " 14" نتائج قيام الأطباء بمحاولة قراءة سجلات المرضى والإنصات إليهم في الوقت نفسه. وأثبتت كيف تدهورت الكفاءة بدلاً من تحسنها. وإن التقاء عين الطبيب بعين المريض يجعل الأخير يخلص إلى أن الطبيب أصبح متهيئًا للمشاركة في الحوار والإنصات. وعند غياب التقاء العينين فإن المريض يبذل جهوداً غير لفظية ليشجع الطبيب على إعادة تعديل نظرته، وهنا يحدث نقصاً في نوعية المعلومات المقدمة وكميتها. وتنتهي هذه الدراسة إلى أن استعمال السجلات في أثناء قيام المريض بالتحدث ليست الطريقة الفاعلة للقيام بالمقابلة الطبية للمريض والطبيب معاً. فالمريض سيقدم المعلومات تقديمًا ابطأ وبصورة مبتورة وربما لا "يستمع" الطبيب إلى المعلومات المقدمة إليه.

ومن الملاحظات العامة التي نسمعها غالباً من مرضانا حين يفتقدون تواصلنا البصري فيقول:

- بالك يمي!

أو

- دكتور دتسمعني؟!

4 - بناء الألفة وتوثيق العلاقة

إن المهارات غير اللفظية التي يرسلها الطبيب عن طريق التواصل البصري ووضعية الجلوس والموقف والحركة وتعبير الوجه والتوقيت ونبرة الصوت قد تنبه المريض وتسهل إقامة علاقة تعاونية معه. وعلى النقيض

1- الطب والحاسوب، مقالات في الطب والحياة 2005

من ذلك، فإن السلوك غير المبالي يغلق التفاعل ويعيق بناء العلاقة "11"، ويحتاج بناء الألفة وتوثيق العلاقة بين الطبيب والمريض إلى أكثر من مجرد كلمات، وللتواصل غير اللفظي تأثير كبير في نوعية هذه العلاقات الإنسانية، من حيث تقويتها أو إضعافها، وذلك في المساعدة على:

- القراءة الدقيقة لعواطف من نتعامل معهم.
- خلق الثقة والشفافية في العلاقات مع الآخرين بإرسال إشارات غير لفظية تتطابق والكلمات المراد توصيلها.

5 - التطمين والاستجابة لمشاعر المريض وعواطفه

ينبغي أن يعي الطبيب طريقة استجابته لمشاعر المريض الجياشة في أثناء وصف معاناته، فيجب الإقرار بأحقية المريض باتخاذ الموقف الذي يناسبه، وأن يتوقف لبرهة ويصمت صمتاً واعياً، ويتجنب قول نعم ولكن...! التي تنفي إقراره السابق.

فماذا يحدث بعد أن نتوقف عن الكلام كلية بدلاً من إضافة عبارة " ولكن....؟"، في العادة يستجيب المرضى بإبداء توضيح الفكرة أو المشاعر التي أقرّ الطبيب وجودها ويشترك بالعبء أو الابتهاج التي حصل عليه بمنظور أقل أثارة لكي يتمكن أن يتحدّث عنه بإسهاب أو يستمر بالتركيز على أمور أخرى، مثال:

حينما يقول المريض الشاب أعتقد أني مصاب بسرطان الرئة، لأني أعاني من ألم في الجانب الأيسر ويشير إلى منطقة تحت الإبط، فقد يجيب الطبيب؛ لكن هذا لا يدل على وجود السرطان في هذا العمر؟!

يصر المريض على رأيه ويقول، أشعر أن الألم يضايقني عند التنفس....

فيتلقى المريض تعقيب قاسٍ من الطبيب: لا تشكل هذه الحالة قلقاً...

تقلل هذه الطريقة من أهمية آراء المريض على الرغم من احتمال كونها صحيحة احتمالاً كبيراً. إلاّ أن التطمين قد جاء في وقت مبكر من المقابلة بحيث لا يمكن تقبله من المريض الذي لم يُشجع على تقديم نظرياته الخاصة به بعد ذلك، وبدلاً من ذلك يمكننا اتباع طريقٍ آخر:

الطبيب: " إذاً أنت قلق من ألم الصدر وقد يكون سببها السرطان ".

(فترة صمت)

المريض: " نعم دكتور، أن نسيبي توفى قبل أسبوع - وهو شاب بعمري- عانى من ألم الصدر وتبين أنه مصاب بسرطان الرئة.

الطبيب: " أستطيع أن اتفهم مخاوفك. سنقوم بالتحقق من ذلك بدقة. أخبرني بالمزيد عن أعراضك، وسأفحصك لمعرفة ما إذا كنت بحالة جيدة"

وهنا بدلاً من معارضة وجهة نظر المريض أو إعطاء التطمين قبل أوانه، سمع الطبيب مخاوف المريض وأخذها بالاعتبار. وباستطاعته بعد ذلك أن يوضح ويصحح إساءة الفهم لاحقاً. وبتفهم المشاعر يمكننا تجنب الوقوع في فخ التطمين المبكّر أيضاً. والتطمين البسيط نفسه ربما لا يكون فاعلاً لاستجابة داعمة ومؤثرة "15" وغالباً ما يُعطى التطمين قبل الحصول على المعلومات المناسبة وقبل اكتشاف هواجس المريض وقبل إنشاء الألفة بين المريض والطبيب. وما لم نحصل على معلومات وافية أولاً فقد يبدو التطمين زائفاً أو بالأحرى متفائلاً بصورة غير مناسبة. وما لم نتفهم مخاوف المريض فقد نتعامل مع الهاجس الخاطئ. وما لم نبنِ الألفة مع المريض فإن التطمين قد يترجم بلا مبالات أو يكون مرفوضاً. وأخيراً، ما لم نتزود بمعلومات ملائمة وذات علاقة لدعم تطميننا، لن يفهم المريض أساس آرائنا "16". وباكتشاف مخاوف المريض وقبولها وتنمية الثقة يمكن عندها الحصول على المزيد من المعلومات عن معاناة المريض ومخاوفه قبل إبداء وجهة النظر. وعندئذ يأتي التطمين في توقيته الملائم وشرحه شرحاً مناسباً ومواءمته مع مخاوف المريض.

الأسئلة

- مجاميع زوجية، عبر بتعبير غير لفظي عن أهمية مهارات التواصل في الطب. تصوير تعبير زميلك، وبالعكس، وعرض الصور على المجموعة الكبيرة!

- تبادل آراء "Brain storming" ناقش مفردات السلوك غير اللفظي واكتب في الحقل المخصص أنواعها؟
- تبادل آراء ومناقشة ما القيافة الضرورية وعناصر الالتزام في الوقت الحاضر للذكور والاناث؟
- ما مستلزمات ترتيب العيادة لتبدو مريحة، والتي يجب أن ترسل رسائل ايجابية وغير محبطة، وتزود العيادة بالمستلزمات اللازمة وبكلفة قليلة.
- راقب فلماً بلغة غير مفهومة ولاحظ الحوار غير اللفظي الصوتي مثل الأصوات غير المفهومة سرعة ونبرة الصوت، ويطلب من الطلاب كتابة ملخص رأيهم في التلميحات غير اللفظية التي وظفها الممثلون في الفديو.

المهارات

- بطاقات التعاطف: التعرف على هذا العواطف السبع من خلال تمثيلها.

يتطوع أحد الطلبة لأداء التمرين؟ ويمثل العاطفة وعلى الآخرين أن يحزروا ما العاطفة التي مثلها زميلهم.

- الجلوس والتواصل البصري، يقسم المشاركون إلى مجاميع ثنائية لتمثيل وضعية الجلوس على الكراسي والتواصل البصري. إنّ الوضعية التي يجلس بها الطبيب على الكرسي وترتيب الكراسي مرتبطة ارتباطا وثيقاً بالتواصل البصري.
- مجاميع صغيرة، وتبادل أدوار بين المتدربين، تمثيل حوار غير لفظي متناسق مع الحوار اللفظي ومتناقض معه وملاحظة تأثيره على الحوار.

المصادر

1. Ekman P., Basic Emotions. In; Handbook of cognition and emotion, T. Dalgleish and M.J. Power, Editors, Chichester: John Wiley & Sons: 1999: 45-60.
2. Hall JA, Harrigan JA and Rosenthal R. Non-verbal behaviour in clinician-patient interaction. Appl Prev Psychol. 4: 1995: 21-35.
3. Hall, Edward T. "A System for the Notation of Proxemic Behavior". American Anthropologist. 65 (5):Oct 1963: 1003–1026.
4. محمد الأمين موسى. التواصل الفعال: الأسس النظرية والمجالات التطبيقية. الشارقة: جامعة الشارقة. 2012 ص92-93.
5. Greco M, Francis W, Buckley J, Brownlea A, McGovern J. Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. Fam Pract 1998;15: 51-7.
6. Roter D.L., et. Al.,The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. J Gen Intern Med. 2006 Jan;21 Suppl 1:S28-34.
7. Griffith, C.H., 3rd, et. Al., House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. J Gen Intern Med., 18 (3): 2003: 170-174.
8. Carson, C. A., J.M.I. Shorey, Module 14: It goes without saying. In Doc.com, D. Novack, W. Clark, and R. Saizow, Editors , 2008.
9. Koch R. The teacher and nonverbal communication. Theory into Pract. 10: 1971: 231-42.
10. Mehrabian A and Ksionsky S. A Theory of Affiliation. Lexington Books, DC Health and Co., Lexington, MA, 1974.
11. Mehrabian, A. & Wiener, M. Decoding of Inconsistent Communications. Journal of Personality and Social Psychology,6:1967: 108-114.
12. Mehrabian, A. Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes. Belmont, CA: Wadsworth, 1981.
13. DeVito JA. Human Communication: the basic course. Harper & Row, New York, 1988.
14. Heath C. Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and non-verbal behaviour between the doctor and the patient. Sociol Health Illness. 6: 1984: 311-38.
15. Gazda GM, Asbury FR, Balzer FJ, Childers WC, Phelps RE and Walters RP. Human Relations Development. A manual for educators. Allyn and Bacon, Boston, MA, 1995.
16. Kessel N. Reassurance. Lancet. 1: 1079: 1128-33.

التعاطف والمواساة في الطب

Empathy in Medicine

﴿وَلَوْ كُنتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ﴾ آل عمران 159

والناس منذ قرون يريدون من الطب أن يشفي أحياناً، ويسعف غالباً، ويواسي دوماً، على الرغم
من أنّ الطب الحديث قد يفعل الشيئين الأولين ولكنه يفقد العنصر الثالث

حكمت الشعرباف[1]



1- الطب في ماضيه وحاضره ومستقبله، مقالات في الطب والحياة 2005

التعاطف

تُعرف العاطفة بحالة نفسية معقدة تنطوي على ثلاثة مكونات مستقلة؛ تجربة ذاتية، استجابة فسيولوجية، واستجابة تعبيرية سلوكية. أما العطف هو الشفقة؛ حالة ذاتية يُعبر فيها الشخص عن ألمه الشخصي بالحزن والأسى والبكاء على حال شخص آخر عاجز لا يتمكن من مساعدة نفسه، مثل عطف الأم على وليدها.

فتبكي حينما يبكي ويتألم وتولول،
كما تقول بالعامية: سوده علية، خطية، يا حرام...

وفي الواقع الاجتماعي لا أحد يرغب أن يُشفق عليه؛ لأن الشفقة توحي بالضعف والسلبية، وأن المعطوف عليه يشعر بالوهن والدونية وعدم القدرة على اتخاذ موقف ملائم. أما التعاطف فهو موقف إنساني موضوعي، يتفهم فيه الشخص موقف شخصٍ آخر في الأفراح والأتراح، وأن يوصل هذا الفهم للشخص المتعاطف معه بوضوح ويستجيب له استجابة إيجابية. "1"

ومن أعمق أمثلة التعاطف رؤية طفل يحاول إسكات أخيه الأصغر حينما كُسرت لعبته، ويسمع صراخه، ويرى انفعاله، ويستجيب له بإعطائه لعبته، هذا هو عين التعاطف.

والمُواساة: مصدر واسَى، وجَاءَ لِمُوَاسَاتِهِ: جَاءَ لِتَعْزِيَتِهِ وَالتَّخْفِيفِ مِنْ حُزْنِهِ َومُصَابِهِ، ويقال واسِ هذه الأُمَّ فقد فقدت ابنها الوحيد. وفي اللغة: آسَى يُؤاسي، ويواسي. والأسى الحزن، والمصدر مُؤَاسَاةٌ ومواساة، وآسَيْتُهُ فِي مُصَابِهِ: عَزَّيتُهُ وَسَلَّيْتُهُ، جَاءَ يُؤَاسِينِي. ويشتق منه الآسي، اسم من أسماء الطبيب في حضارة وادي الرافدين القديمة، "الآسي asu: " الإصطلاح آزو أو يازو في اللغة السومرية يعني (الطبيب)، ومن اللغة السومرية انتقلت الكلمة إلى الأكدية تحت لفظ (آسو) وهي أيضا تشير عندهم إلى الطبيب والمعالج الشافي". ووصلت الكلمة والمعنى إلى العربية حيث أن الفعل يشير إلى المعالجة ومنها الإساء أي الدواء. فالآسي عندهم هو المهتم بالجزء المادي من الطب الذي لا علاقة له بالمعبد، هو الذي يصف الدواء ويحضره وينصح بكيفية استعماله، ويوصي بنوعية الطعام للمريض، وقد ينصح بإجراء المداخلة الجراحية عندما يرى ذلك ضرورياً. "2"، ويستعمل هذا المفهوم للتعاطف مع المريض المصاب بمأساة ويحتاج إلى مساندة الآخرين للتخفيف عن مصيبته، مثال: مواساة عائلة

فحصت طفلاً عمره 7 أشهر يعاني من زكام ويمضغ ملهية، وعيناه تدمعان ويخرج رشح من أنفه، وغذاؤه حليب اصطناعي، ويبدو مهملاً وضعيفاً، ويبتسم لي، ولخصت الحالة لأمه وجده، أن الطفل مصاب بالزكام بسبب تغير الجو، وكتبت له بعض مخفضات الحرارة والنصائح الصحية للحفاظ عليه، وفاجأني جده وقال أنه لم يرَ أباه، فأجبته؛ كيف؟! قال استشهد في اليوم الأخير من تحرير الموصل. فصعقت لهذا الخبر، وقلت له كيف؟ قال اتصل بنا في الليل فرحاً وقال انتهينا من الموصل، ونحن الشرطة الاتحادية في وسط الموصل، وفي الصباح كُلفت مجموعته بإخلاء شهداء من بيت مهجور، وانفجر عليهم وتمزقوا جميعاً إلى أشلاء وهذا ما تركه الدواعش الانذال. فأجبته بطل وبفضلهم نعيش الآن بسلام والبقية بحياتك...
وراودني في ذهني كيف أواسي هذه العائلة الكريمة الفقيرة التي منحتنا الأمان؟
فبادرت لجده بالقول: أكراماً لوالده لا آخذ اجراً عن عملي هذا....
وشكرني على هذا الموقف وأنا أودعه.

التعاطف أو المواساة مهارة حوارية ضرورية يمكن تعلمها، وتتكون من:

1. قراءة مشاعر المتكلم من تلميحاته اللفظية وغير اللفظية ونبرات صوته وإيماءاته الجسدية، أو سؤاله المباشر عما يشعر به تجاه معاناته.
2. المبادرة: لا يكفي الإحساس بالتعاطف لكن ينبغي إظهاره للمتكلم، مثل:
شو مو على بعضك اليوم؟!
3. تقدير حراجة الموقف واحترام المشاعر: ينبغي إدراك الموقف المشحون عاطفياً الذي يمر به المتكلم واحترام مشاعره حتى لو كانت مناقضة لقناعتك، والاستجابة لها بكلمة سحرية، مثل:
أقدر مشاعرك أو معك حق أن تحزن أو تفرح،
ستقع كالبلسم على الشخص المتعاطف معه.
4. الاستئذان في تقديم المساعدة، وهذه أصعب مرحلة من مراحل التعاطف أو المواساة، وينبغي أن لا تجبر المريض على أمرٍ ما، وعدم إبداء النصح قبل أوانه أو طلبه. فمثلاً حينما يبكي الطفل متألما من انكسار لعبته، يجب أن تبدأ الأم بالاعتراف بهول الموقف، واللعبة تعني لديه كل حياته، وأحقيته في بذل مشاعره عليها؛ من حقك أن تبكي "تبچي ابني"، وتطلب منه الاستئذان بالمساعدة مثل ما رأيك " شنو رأيك..." أو اقتراح بعض الحلول، مثل: إصلاحها، شراء غيرها، أو تركها إنها خطرة، وبهذا يشعر الطفل بالمودة والدفء العائلي والمواساة.

وكثيراً ما نرى الأمهات يحاولن أن يصلن إلى الحل الواقعي قبل أن يستأذن أولادهن مثل؛ لا تبكِ سأشتري لك لعبة غيرها، والأسوأ من ذلك تأنيب أولادهن عند طلب المواساة، كأن تقول وبصوت عالٍ: ألم أقل لك لا تخرجها من البيت، أنت رجل يجب أن لا تبكِ، "ثول مو گتلك لا تطلعها، شنو يعني خو مو خربت الدنيا، أنت رجّال لازم ما تبچي!!" مما يفقدهم الأمان والمودّة التي تؤثر فيهم سلباً، وقد يصل الأمر إلى إحجام الأطفال عن ذكر المشكلات التي يواجهونها على الرغم من حاجتهم لمساعدة أهلهم خوفاً من اللوم أو الاستخفاف أو الاحتقار الذي سيتلقونه، لذلك يطلبون التعاطف من أصدقائهم.

وقد تختل العلاقات الزوجية حينما لا يتبادل الزوجان التعاطف فيما بينهما، وربما تعرض الزوجة مشكلاتها التي تواجهها في أثناء العمل، ويكون الرد غير تعاطفي، مثل: "أيّ أنتِ غلطانه"، كان المفروض أن تعملي كذا وكذا وكذا، وحينما تتكرر مثل هذه المواقف تحجم المرأة عن ذكر هذه المشاكل، وتحاول أن تعرض مشكلاتها خارج البيت وطلب مساعدة أشخاص آخرين، وبذلك تقل الألفة والمودة بين الزوجين.

ولا يقتصر التعاطف في المواقف الاجتماعية المحزنة مثل حضور الأقارب والأصدقاء إلى مجلس عزاء المتوفى، ولكن الناس بحاجة إلى التعاطف في المواقف المفرحة أيضاً: مثل حضور حفل الزفاف أو النجاح والمشاركة بالأعياد. والكلمة السحرية في التعاطف هي:

معك حق أو لك الحق أن تفرح أو تحزن.

وترتبط مهارة التعاطف بمهارات الحوار الأخرى ارتباطا وثيقاً، وأهمها: الإنصات، والمهارات غير اللفظية للمتكلم والمستمع، والمهارات اللفظية للمتكلم أيضاً. لأن المتكلم سوف يتوقف عن الكلام إذا لاحظ عدم الإنصات أو لم يتفاعل المستلم وجدانياً معه، حتى لو طُلب منه الاستمرار وقد يجيب، أنك لا تشعر بما أقول؟!

وتحتاج مهارة التعاطف إلى وقت ملائم وجهد كبير، وقد تتعارض مع مشاغلنا الكثيرة ولا نتمكن من التعاطف مع الآخرين. وفي مثل هذه الحالة ينبغي أن نطلب من المتكلم أن نؤجل الحديث إلى وقتٍ آخر نتمكن من التركيز والتعاطف معه. وهكذا يجب تعليم التعاطف منذ الصغر، وهو الأساس للمودة والدفء العائلي، إنها مهارة ضرورية لحياة أفضل، كما في الحديث النبوي الشريف:

مَثَلُ المؤمنين في تَوَادِّهم وتراحُمهم وتعاطُفهم: مثلُ الجسد، إذا اشتكى منه عضو: تَدَاعَى له سائرُ الجسد بالسَّهَرِ والحُمِّى.

وتعد المواساة في المقابلة الطبية من أهم المهارات لبناء العلاقة بين الطبيب والمريض.

"3" ومن بين جميع مهارات المقابلة الطبية ينظر المتعلمون إلى المواساة باعتبارها من مقومات الشخصية أكثر من مجرد كونها مهارة. فعلى الرغم من أن بعضنا قد يكون بطبيعته أقدر على إظهار المواساة من سواه، إلاّ أنّ المهارة يمكن تعلُمها، وإدماجها ضمن المهارات الأخرى بحيث يظهر واضحاً لكل من الطبيب والمريض. "4" وتعد تعلُم المواساة أحد أكثر المهام الصعبة في التعليم الطبي.

وتشير دراسات المحاكاة: "5" " أن منطقة التعبير عن العواطف في الفص الصدغي وتحتوي على نويات أعصاب "Nerve Nuclei" التعبير الوجهي ونبرات الصوت، لذلك ترتبط العواطف ارتباطاً وثيقاً بتغير تعبير الوجه ونبرات الصوت، وتتحفز منطقة في الفص الصدغي للشخص الذي يشعر بالألم عند تصوير الدماغ، كما تتحسس المنطقة نفسها للشخص الذي يواسيه، ومن هذه التجربة نرى أن على الطبيب الانتباه إلى مشاعره ويبقى واعياً طيلة المقابلة الطبية لضبط مشاعره واستكشاف مشاعر المريض من خلال تعابير وجهه وزوغان نظراته أو تغير نبرة صوته.

وأظهر شومان وجماعته "6" بأن المرضى نادراً ما يعبرون لفظياً عن انفعالاتهم تعبيراً مباشراً. وبدلاً من ذلك، يعطون إشارات من خلال عبارات حول مواقفهم واهتماماتهم. وأن الأطباء بحاجة إلى اقتناص هذه الفرص التطمينية الكامنة 'Potential empathic opportunities' والطلب من المريض التعبير عن هواجسه العاطفية تعبيراً مباشراً. وبعد ذلك فقط، يستطيع الطبيب أن يستجيب باتصال تعاطفي. وفي حالات كثيرة، يتخذ الأطباء تداخلات تثبط الفرص التطمينية الكامنة، وذلك بإعادة توجيه المقابلة وسؤال المريض عن عرض طبي أو تعليق له علاقة بالمرض وإهمال مشاعر المريض ومعاناته، وبهذا يحولون دون قيام المريض بالكشف عن عواطفه بطريقة مسموعة.

وعندما يستجيب الطبيب استجابة تعاطفيه لاهتمامات المريض وقيمه ومخاوفه، فغالباً ما يظهر على المريض أنه فهم إدراك الطبيب الدقيق لمأزقه لفظياً "مثل، بالضبط دكتور أو لقد أدركت الموضوع" أو بشكل تعبير غير لفظي على محيا المريض. ويعد الاتصال التطميني غير اللفظي أبلغ من ألف كلمة، فتعابير الوجه والقرب وجس المريض برقه ونبرة الصوت الحنون أو استعمال الصمت كاستجابة لتعبير المريض عن مشاعره، جميعها تشير إلى المريض بوضوح أن الطبيب مدركٌ لمأزقه، مثلما يقدر ذوو المريض تواجد الطبيب عند المريض المحتضر أو بعد وفاته تقديراً عالياً.

وقد يشعر الطبيب بالحرج ولا يعرف ماذا يعمل بعد مواساة المريض وتقدير مأزقه. فقد يذهب إلى التطمين المبكر أو النصيحة غير المجدية. ولكن قبل كل شيء، ينبغي أن نتذكر حكمة يعقوب وازبيرج (ليس هناك نصيحة لشعور ما). وغالباً لا يوجد شيء نقدمه للمريض أمام خبر ينزل عليه كالصاعقة "مثل، تشخيص سرطان". وفي هذه الحالة، ينبغي التريث لبضعة ثوانٍ قبل الاستمرار. وأن وجود الطبيب وصمته وصبره أمام المريض هو بمثابة مواساة له.

وهناك مثبطات للمواساة عديدة، وأهمها: التهديد، والنقد، والاحتقار، وتقديم النصح، والتطمين المبكر.

التهديد: إذا لم تترك التدخين سوف تصاب بالسرطان.

النقد: ابقَ دخن، وراح تذكّر كلامي بعدين.

الاحتقار: من الغباء أن الإنسان يستمر بالتدخين.

التهكم: اي الجـگاير أفضل من الأكل، مو؟

النصيحة: أنصحك بترك التدخين اليوم قبل غد.

التطمين المبكر: عند تشخيص المريض، يبادر الطبيب بالتطمين المبكر: أطمئن لدينا أدوية فعالة لعلاج السرطان.

ومفتاح التعاطف لا يكمن في كون الطبيب مرهف الحس أو يفكر بطريقة تعاطفية فقط، ولكن ينبغي إظهار هذا الإحساس إظهاراً يناسب إدراك المريض؛ لكي يُقدّر تفهُم الطبيب ودعمه أيضاً. وإن إظهار التعاطف يفك العزلة التي تفرضها المعاناة على المريض، وينبغي أن تُعد المواساة إجراءً علاجياً خالصًا، وفاتحة تيّسيرية مهمة تساعد المرضى على الكشف عن المزيد من قلقهم ومخاوفهم.

ويمكن لعبارات المواساة أن تشجع المريض على الكشف عن الهواجس التي تراوده، وأوضح مكواير "7" إلى كشف مرضى السرطان عن المزيد من مخاوفهم الشديدة ومشاعرهم حينما سألهم أطباؤهم عن الجوانب النفسية مثل:

بماذا جعلك ذلك تشعر..؟

بدلاً من تركيزهم على الجانب البدني من مرضهم فقط. وكشفوا كذلك عن مخاوفهم بصورة أكبر حينما وضح الأطباء الإشارات النفسية على وجه الخصوص:

تقول إنك قلق حول...؟

و"كيف تشعر حيال ذلك... الأمر؟"

وينبغي استعمال التعاطف الذي يدرك منه المريض أن الطبيب مهتم بمشاعره فضلاً عن بدنه. ومنذ البحوث الأولى في التواصل الطبي " 8"، برز سوء العلاقة مع المرضى كأحد أهم منبئات نتائج الرعاية الصحية السيئة، وقامت الباحثة كورش وجماعتها بدراسة (800) مقابلة في العيادة الخارجية في لوس أنجلس، وبينت أن عدم إظهار الأطباء المشاعر الدافئة والودّ كان أحد أهم المتغيرات المتعلقة بتدني مستوى الرضا وعدم التزام المرضى بالبرنامج العلاجي.

وكما بيّنت دراسة، " 9" أننا لا يمكن أن نفترض أن لدى الأطباء القابلية للتواصل التعاطفي مع المرضى، أو يمكن أن يمتلكوا هذه القدرة خلال تدريبهم الطبي.

وتعد العبارات التطمينية أدناه ملاحظات داعمة ولاسيما حينما تربط ربطاً خاصاً بين (أنا) الطبيب و(أنت) المريض وجميعها تحدد مشكلات المريض وانفعالاته"10" مثل:

1 - إني أرى أن إصابة زوجك بالجلطة جعل الأعباء العائلية جسيمة عليك.
2 - إني استشف من كلامك، كم كان صعباً عليك التحدث عن هذا الأمر.
3 - إني أشعر بمدى غضبك بشأن معاناتك.
4 - إني أرى مدى انزعاجك الشديد لسلوك زميلتك في العمل، والتي لا تبدي المساعدة في أثناء غيابك.
5 - إني أتفهم أنّ من المرعب لك معرفة أن الألم قد يعاودك.

وبيّنت الدراسات " 9 و10" تدنّي قدرة طلبة كليات الطب على المواساة في دراستهم قبل التدريب. إذ حصل جميع طلبة الصف الأول والصف الأخير على درجات متدنية وبمعدل (2.1) درجة (من مجموع 9 درجات). وبعد أن شاركوا في (8) ورش عمل "استغرقت كل ورشة عمل ساعتين" باستعمال أشرطة تسجيل سمعية. تحسن معدل الدرجات التي حصلوا عليها إلى مستوى (4.5) درجة (المرحلة الخامسة: التي تستجيب إلى جميع مشاعر المراجع القابلة للإدراك بدقّة: ولا يعرقل أيّ سوء فهم بسبب طبيعته التجريبية). وبعد التدريب، تمكن الطلاب من:

- التقليل من استعمال الرطانة "المصطلحات الطبية".
- القيام بمحاولات واضحة لفهم المعنى المقصود للأحداث والكلمات والأعراض التي تخص المرضى.
- تقليص عدد حالات إغلاق المجالات العاطفية المشحونة.
- الحصول على تفاصيل أكبر في مجال المشكلات التي عانى منها المرضى.
- في كثير من الحالات، تناغمت نبرات أصوات الأطباء وتوافقت مع نبرات أصوات المرضى.
- استجاب الطلبة بدرجة أكبر لنمط إدراك المشكلات.
- قدم الطلبة نصائح أقل.
- أفاد المرضى بأنهم شعروا بتفهم واهتمام أكبر.

وبين مكواير "11" صعوبة تعليم التعاطف، لذلك ينبغي إعطاء أهمية كبيرة لدور كتابة الرواية المرضية الشخصية لطلاب الطب، وتعليمهم الاستجابة العاطفية مما يتلقونه من استجابة من مدرسيهم. وتسمح هذه الكتابات السردية لطلاب الطب استكشاف تجاربهم الذاتية للمعاناة بدلاً من تقليدهم لأساتذتهم في الممارسة الطبية. فضلاً عن أن مثل هذه التجارب تطور طبيعة تعامل الطالب المهنية في مجال الرعاية المستقبلية للمرضى.

وحلل الباحث وازرمان وجماعته،"12" تأثير العبارات الداعمة المقدمة إلى الأمهات في أثناء مقابلات طب الأطفال. ووجدوا أن العبارات العاطفية أدت إلى زيادة رضا الأمهات والتخفيف من مخاوفهن. وأدّت عبارات التشجيع "مثل الاعتراف بالجهود الموازية والرعاية الذاتية المناسبة" إلى رضا متزايد واحترام أكبر للأطباء. وعلى النقيض من ذلك، فإن التطمين البسيط الذي يعد أكثر التداخلات المألوفة لم يؤد إلى تحسن النتائج. وهذا ما يؤكد القول إن التطمين من دون فهم مخاوف المرضى أو تقديم المعلومات المناسبة قد يكون ذا قيمة ضئيلة.

التعاطف في المواقف المتناقضة مع رؤية الطبيب

من المهم أن لا تواجه أوهام المريض على أنها معتقدات خاطئة – وينبغي أن تتعاطف مع المريض ولا تتهكم على محاولاته الشعبية، وتثني على جهوده الذاتية للشفاء من دون ضرورة الموافقة عليها أو موافقته على تفسيره على واقعيتها، ولكن ابقَ مهتماً برؤيته وساعده في مشكلاته، مثل:

- يُمكِن أن أفهم بالتأكيد بأنّك تبدو منزعجاً جداً لأنك تعتقد بأنّك شُرّبت شراباً "مشرّب" سحراً.

ويمكن أن تكون الاستجابة: ألا تصدقني؟

ويمكن أن تجيب: "أنت تسأل فيما إذا أصدق أم لا؟ يمكن أن أخبرك بالتأكيد أنا لم أعمل لك العمل.

ولا أستطيع أن أخبرك الآن عن أي شخص قد سقاك العمل، ولكن أرغب أن أنصت لك وأساعدك بأية طريقة أستطيع".

مثال المواساة في الطب

السياق: تدخل المريضة غرفة الطبيبة النسائية للمرة الثانية بعد إجراء السونار، و بيدها تقرير سونار، ويبدو عليها القلق. وتسلم المريضة التقرير للطبيبة و تجلس:

ط: تقرأ التقرير مرتين للتأكد من صحة ما قرأت عيناها " **جنين ميت داخل الرحم فى الاسبوع الثامن من الحمل** ". ثم تنظر للمريضة وتقول: قبل إرسالك للسونار كنت حاملةً فى الشهر الثاني، و تشتكين من نزف رحمي قليل ومتقطع منذ يومين، أليس كذلك؟

التأكد من معلومات المريضة السابقة

م: نعم صحيح

ط: هل أخبرتك طبيبة السونار عن وضع الجنين؟؟ أو ماذا فهمتِ من طبيبة السونار؟

هنا تعطين الحرية للمريض للتعبير عما يجول في داخلها

م: نعم قالت وضع الجنين غير جيد.

التقرب من التشخيص

ط: نعم عزيزتي، و هل زوجك موجود فى العيادة؟ وهل تريدين أن يكون موجودًا معنا الآن لإشراكه بالحوار ومعرفة حقيقة وضع الجنين؟

لتدبير مشاعر المريضة القادمة

م: نعم أفضل وجوده معي... يدخل زوج المريضة و بعد التعارف والترحيب.

ط: مع الاسف الشديد سوف أخبركم بخبر غير سار، و كنت أتمنى من كل قلبي أن استطيع أن اخبركما بخبر سار بدلًا مما هو مكتوب في هذا التقرير...

تهيئة المريضة وزوجها قبل الخبر العلامة التحذيرية "warning sign"

م: **ما المكتوب في** التقرير؟

قلق

ط: الجنين ميت داخل الرحم ولا يوجد نبض لقلب الجنين، ثم تصمت الطبيبة تمامًا و تظهر على وجهها تعابير الحزن والتأثر والأسف الشديد و تنظر للمريضة.

البوح بالخبر السيئ وانتظار استيعاب المريضة وزوجها الخبر

م: بدأت دموعها تنزل و تقول لكن طبيبة السونار لم تقل لي إنّ الجنين ميت بل قالت وضعه غير جيد فقط.

ط: كلامك صحيح، وأقدر مشاعرك، وتناول المريضة ورق نشاف "كلينيكس" لذلك ربما تشكين في صحة الخبر، أليس كذلك؟

محاولة استيعاب مشاعر المريضة

م: نعم و **أتمنى** أن يكون الخبر غير صحيح.

ط: أنت على حق وأنا أيضا مثلك، أتمنى أن يكون هذا الخبر غير صحيح، لذلك سأتصل هاتفيًا أمامك بطبيبة السونار للتأكد من الخبر.

تأكيد ثانٍ من الطبيبة وإصرارها على دقة الخبر

تتصل الطبيبة و تتكلم مع طبيبة السونار عبر السماعة الخارجية، و تقول أريد التأكد مما في تقرير المريضة.....، لأنها جالسة وزوجها أمامي، وتسمع حوارنا و تريد التأكد من وضع الجنين بالرحم هل هو حي أم ميت؟

ط السونار: نعم بالتأكيد الجنين ميت، وأنا بصراحة لم أخبر المريضة بذلك، وفضلت أن تخبريها أنتِ وتحاوريها و تجاوبين عن كل أسئلتها.

كلام قاس وواضح وضروري حتى لا يبقى شك عند المريضة لتستفاد من التناقض السطحي بين الطبيبتين.

ط نسائية: جزيل الشكر لك.

م: أنا حزينة جدًا و أريد اعرف ما سبب موت الجنين؟

هنا كلام المريضة يبدو أنها استوعبت الخبر وتحولت من تفكير عاطفي إلى تفكير منطقي.

ط: نعم من حقك أن تحزني ومن حقك أن تسألي عن السبب، وهل في بالك سبب معيّن تعتقدين أنه هو الذي قد أدى إلى موت الجنين؟

هنا تسعى الطبيبة لتعرف معلومات المريضة عن الموضوع وتجد قاعدة مشتركة مع المريضة حتى تفسر المشكلة

م: لا أبدا. كنت **أُراعي** نفسي ولا **أُجهدها** نهائيًا في أثناء الحمل وأهتم بالغذاء الصحي.

أمام زوجها تريد أن تنفي سبب موت الجنين عنها، وقد تكون إجابة لما يفكر فيه الزوج!!

ط: مهم جدا اهتمامك بالغذاء و عدم الإجهاد. (بالاضافة إلى الاجهاد و سوء التغذية) هناك أسباب لموت الجنين، وفى أغلب الحالات السبب يكون متعلق بالوراثة والمكونات الوراثية في البويضة الملقحة.

رفعت الطبيبة الهم عن كاهل المريض وأشارت إلى أسباب خارج عن إرادة المريضة.

م: ما الحل الآن؟

هنا تجاوزت المشكلة ووصلت إلى مرحلة القبول وتبحث عن المستقبل

ط: الحل قسمان:

اولًا: نتخلص من الجنين الميت، وثانيًا نحاول أن نعرف سبب موت الجنين.

أفضل أن أصف لك العلاج المناسب لكي ينزل الجنين الميت من الرحم، وتتخلصين منه، فما رأيك؟؟

م: نعم و **أنا** موافقة على ذلك. **وصلا الطبيبة والمريضة إلى الخطة العلاجية المتوافقة.**

ط: وثانيًا، بعد ذلك، نستطيع أن نقوم بإجراء التحاليل الضرورية للتعرف على سبب موت الجنين

م: جزيل الشكر لك.

ط: أنا اشكرك ووضعت يدي على رأسها للتعبير غير اللفظي لمواساتها.

الأسئلة

- عرف العاطفة وعدد الفروق بين العطف والتعاطف.

- ما المناسبات الاجتماعية التي يجب أن نواسي بعضنا بعضاً، وما الفرص المباشرة وغير اللفظية التي يجب على الطبيب أن يلتقطها ليواسي فيها المريض؟

- عدد مثبطات التعاطف: واذكر أمثلة لها عند مقابلة مريض مصاب بزيادة الوزن، السكري، الضغط.

المهارات: مجموعات صغيرة، تبادل أدوار، إعداد سيناريو يتضمن النقاط الأربعة للتعاطف مع المريض وتمثيله بالتناوب.

ممارسة نقاط التعاطف الأربع مع مريض حقيقي.

المصادر

1. Platt, FW, Platt CM, Empathy: A Miracle or Nothing at all, jcom, 5, 2:1998: 45-5.

2. محمود الحاج قاسم، الطب في الموصل زمن الآشوريين، 1992.

3. Spiro H. What is empathy and can it be taught? Ann Intern Med. 16: 1992: 843-6.

4. Bellet PS and Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. JAMA. 266: 1991: 1831-2.

5. آلان وباربارا بييز، المحاكاة: كيف نبني الألفة في: لغة الجسد، مكتبة جرير، 2012.

6. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB and Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. JAMA. 277: 1997: 678-82.

7. Maguire P, Fairbairn S and Fletcher C. Consultation skills of young doctors. II. Most young doctors are bad at giving information. BMJ. 292: 1986: 1576-8.

8. Korsch BM, Gozzi EK and Francis V. Gaps in doctor-patient communication. Pediatrics. 42: 1968: 855-71.

9. Poole AD and Sanson-Fisher RW. Understanding the patient: a neglected aspect of medical education. Soc Sci Med. 13A: 1979: 37- 43.

10. Platt FW and Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. J Gen Intern Med. 9: 1994: 222-6.

11. Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C and Hillier V , Helping cancer patients disclose their concern. Eur J Cancer. 32A: 1996b: 78-81.

12. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB and Lippincott P, Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. Pediatrics. 6: 1984: 1047-53.

افتتاح المقابلة الطبية

Opening Medical Interview

" ثَلاثٌ يُصَفِّينَ لَكَ وُدَّ أَخِيكَ: تُسَلِّمُ عَلَيْهِ إِذَا لَقِيتَهُ , وَتُوسِعُ لَهُ فِي الْمَجْلِسِ , وَتَدْعُوهُ بِأَحَبِّ أَسْمَائِهِ إِلَيْهِ "

حديث نبوي شريف

يوتيوب افتتاح مقابلة طبية على الرابط[1]:

يمكن أن نشبه المقابلة الطبية بقراءة كتاب، إذ إن كلَّ إنسان نقابله بمثابة كتاب بمضمون مختلف، والعالم مكتبة كبيرة مضامينها مختلفة باختلاف الناس. ومن المفضل البدء بقراءة العنوان أو الصفحة الأولى من الكتاب، ثم المتابعة المتفحصة لفصول هذا الكتاب، وقد نُميّز فصلاً واحدًا كالفصل الصحي، ونلقي نظرة سريعة على الفصول الأخرى للإنسان وتدعى حينذاك المقابلة الطبية. ويمكن اعتبار الحوار كسلك معدني دقيق بين الطبيب والمريض وكلما يتعمق الحوار تتوثق الرابطة وتقترب من الصداقة الوثيقة.

احترام المريض

إنما الأعمال بالنيات فلكل آمرئ ما نوى
والنية توجّهُ النفس نحو العمل

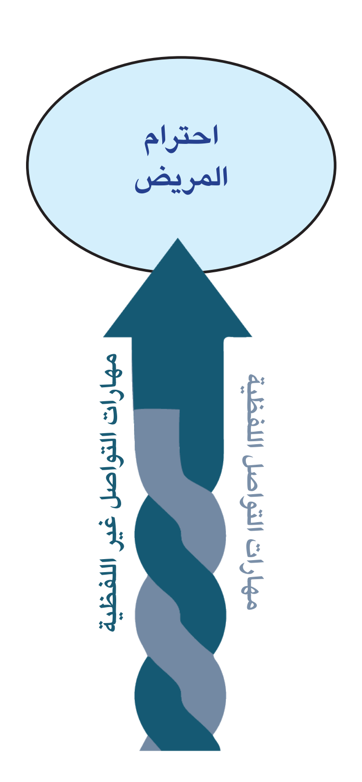
ربِّ الهمني الحب لمهنتي ولمخلوقاتك، ولا تدع التعطش للربح، والطموح للشهرة، والإعجاب أن تتدخل في مهنتي

الأندلسي موسى بن ميمون "1135-1204م"

في القاموس العربي، احترم،َيحترم، احتراما، فهو محتر ّم. واحترمه: كرمه وأكبره، هابه، ورعى حرمتَه، وأحسن معاملَته حبًّاً ومهابة. والاحترام أحد المبادئ الأخلاقية الحميدة التي يتميز بها الإنسان، ويعبر عنها تجاه كل شخص يتعامل معه بكل تقدير وعناية والتزام، وإلاحساس بقيمته وتميزه.

1- https://youtu.be/1Vm26-iCAZw

وقبل البدء بافتتاح المقابلة، يجب أن يؤمن الطبيب بأن الاحترام المبدأ الأساس والأس الذي تعتمد عليه المقابلة الطبية، ويعني مبدأ الاحترام النظر إلى المريض على أنه أهم شخص في المقابلة الطبية، ويحتاج إلى من يُقدم له رعاية طبيةُ تخفف عنه معاناته المرضية وتعينه لتحسين واقعه الصحي وتحفظ كرامته، واحترام المريض سمة تسمو على أعلى الشهادات والتدريب في أرقى الجامعات، وعند الاحترام يتمكن الطبيب من أن يبني علاقة ثقة ويدخل بها عالم المريض الخاص، ويتعرف على ادق خصوصياته، وبالمقابل سيحصل الطبيب على الثقة التي تحث المريض على اتباع وصاياه، وبذلك يتحقق أهم عامل ُمنبئ لإلتزام المريض بالبرنامج العلاجي وهو إرساء العلاقة الشفائية بين المريض والطبيب. "1"



التهيؤ للمقابلة

وينبغي أن يسبق المقابلة الطبية أيضًا التهيؤ الفكري والنفسي الاجتماعي، وخلوص النية والقصد لخدمة المريض والاستعداد الذهني والبدني للمقابلة. لذلك على الطبيب أن يتهيأ للمقابلة تهيئة مناسبة ليعطي جل تركيزه لها؛ وتتضمن التهيئة الاستجابة للحاجات الشخصية الاعتيادية والمشاغل العائلية والاجتماعية، وغلق صفحة المقابلة التي سبقتها، وابعاد كل ما يقف عائقاً أمام المقابلة القادمة، والاطلاع على أوليات المريض الذي سيقابله، ولا يشغله طابور المرضى المنتظرين، وقبل أن يدخل المريض إلى غرفة المقابلة فعليه أن يسأل نفسه السؤال الآتي:

هل أنا مستعد استعداداً كافياً لاستقبال المريض الآتي؟

وكثيـراً ما تـزداد الأخطاء الطبية عند التسـرع والتشـتت وفقـدان التركيز وعـدم الانتباه الـذي يعاني منه الطبيـب فـي أثنـاء المقابلـة "2"، وكذلـك تـزداد الأخطاء في ممارسـتنا الحالية بسـبب سـوء النظـام الصحي، وفقـدان التنظيـم الصحـي في العيادات الخارجية ولاسـيما في المستشـفيات ممـا يؤدي إلى تكـدس المراجعين وضجرهـم مـن ناحية. ومـن ناحية أخـرى، الإرهاق الـذي يصيب الأطبـاء بسـبب رعايتهم المرضـى صباحاً في المستشـفيات الحكوميـة، وعياداتهـم الخاصة في المسـاء. لذلك ينبغي دراسـة هذا التداخل فـي العمل الوظيفي والأهلـي لرعايـة المريـض والطبيـب على حـدٍ سـواء. كما يعانـي المقيمون مـن قلـة ملاكاتهم في المؤسسـات الصحيـة وطـول خفاراتهـم، لذلـك ينبغـي أن لا تزيـد سـاعات عمـل المقيـم المتواصلـة لأكثـر من 12سـاعة، ويحتـاج المقيـم بعدها إلى قسـط مـن الراحة. ويجـب النظر إلى جـدول خفاراتهـم بعناية والتأكد مـن تمتعهم بالراحة قبل استلام الواجب والخفارة مرة ثانية.

مهام افتتاح المقابلة الطبية

تبدأ معالجة المريض من دخوله عيادة الطبيب وافتتاح المقابلة، ويعتقد أن هذا الطبيب سيشفيه.

إن لم تستطع أن تبتسم فلا تفتح دكاناً، مثل صيني

وتجري المقابلة الطبية في بيئات مختلفة، فمن مقابلة أولى إلى زيارة ثانية للمتابعة، أو في المستشفى أو المركز الصحي، وفي الاستشارية أو بجانب سرير المريض، ومن رعاية المحتضر أو الزيارة البيتية. لكن على الرغم مما يبدو للوهلة الأولى أن هناك اختلافات كبيرة في بداية المقابلة في الأجواء المختلفة، لكنها تشترك بأهداف عامة ومهارات تواصلية متقاربة. إذ يواجه الأطباء والمرضى مشكلات متشابهة أينما يتم اللقاء. "3"

ويحاول بعض الأطباء تقليل أهمية الصعوبات الكامنة والفرص المتاحة في هذه الدقائق القليلة الأولى لافتتاح المقابلة. فمثلاً، في أغلب دورات أدب الحوار والأخلاقيات الطبية التي أقمناها في المركز الوطني للتدريب والتنمية البشرية، ركّز المشاركون على تحديد المشكلات في نهاية المقابلة. وفي أثناء التدريب، يبدو واضحاً أنَّ بداية المقابلة هي الأساس للصعوبات التي واجهوها في نهاية المقابلة.

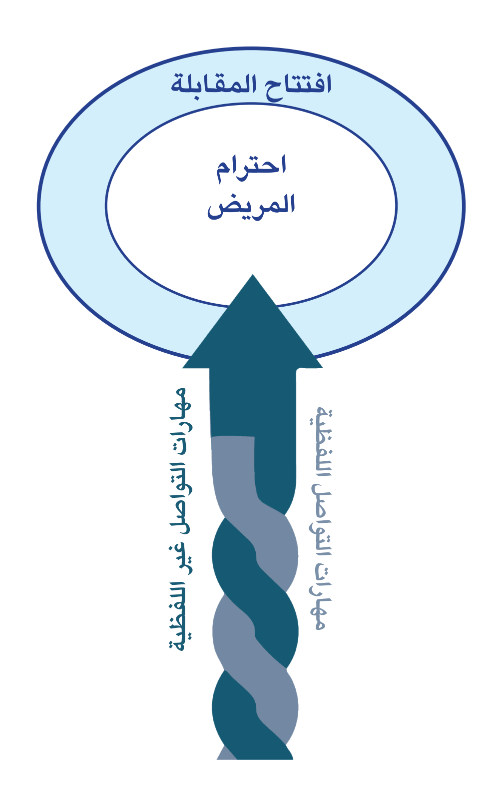
وفي الدقائق الافتتاحية نأخذ الانطباع الأولي، والبدء بإرساء الألفة ومن ثم محاولة تحديد المشكلات التي يرغب المريض في مناقشتها. وهكذا نستطيع رسم مهام المقابلة الأخرى، ولكن هناك مشكلات تواصلية في هذه المرحلة التمهيدية للمقابلة، والتي تؤدي غالباً إلى فشل الأطباء في اكتشاف السبب الأهم لزيارة المريض! "4"، وقد لا يتفق الطبيب والمريض على أهم مشكلة يعاني منها المريض. "5"، ومشكلات كثيرة أخرى.

ويتضمن افتتاح المقابلة ما يأتي: "6"

1 - التعرف على المريض وتقديم الطبيب نفسه للمريض.

2 - إرساء الألفة الأولية.

3 - التعرف على أسباب المقابلة وتحديد المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية.



1 - التعرف على المريض وتقديم الطبيب نفسه للمريض.

إن المهارات التواصلية الخاصة التي يختارها الأطباء في افتتاح المقابلة تتجاوز الضرورة الاجتماعية الملحة، ولها أثرها المهم في التأسيس لنجاح المقابلة، ولطبيعة العلاقة الصحيحة بين الطبيب والمريض المستقبلية، ومن المحبب اجتماعياً مناداة المريض باسمه، لأن الأسم هوية الشخص المحببة، والعراقيون يستعملون الأسم الأول لمناداة الشباب وصغار السن، والكنية توقيراً للشخص الكبير مثل:

- الأسم الأول، أهلاً حسين للشباب
- الكنية، أهلاً حجي لكبار السن
- لمتوسطي العمر، أهلاً أبو علي

حينما يكون احتمال الغموض وارداً فمن المستحسن دائماً تدقيق الأسم الصحيح وتطابقه مع ما مدون في الملف الطبي أو بطاقة المراجعة. ولكن عندما تعرف المريض جيداً، يبدو أن هذه الخطوة غير ضرورية. وإن مناداة المريض باسمه أو بكنيته في المقابلة الطبية له دلالة على الاهتمام بشخص المريض قبل الاهتمام بمرضه، ويسعد المريض أيما سعادة حينما نناديه بأسمه أو بكنيته المحببة له، لذلك ينبغي ذكر أسم المريض

مرتين على الأقل في أثناء المقابلة الطبية، وأن نتذكر أسمه بشتى الأساليب حال دخوله في العيادة في الزيارة الثانية من بطاقة المراجعة أو الأوليات التي تحتفظ بها العيادة أو الحاسوب، ولا يعذرنا المريض حينما ننسى اسمه أو كنيته في المقابلة الثانية، وحينما لا تتذكر أسم محدثك الذي تعرفت عليه سابقاً، لا يمكن أن يعذرك، ويعلق تعليقاً لاذعاً على نسيانك هذا!!

رحبتُ بمريضة معروفة لدي وناديتها:
أهلا بأم جواد مرتين واستدركت في الثالثة وقلت لها العفو أم فاضل.
فأجاب ولدها متهكماً، دكتور، لا أعرف من أين جئت لنا باسم جواد!

وغالباً ما يحمل الأسم دلالة واضحة على واقع الأهل وثقافتهم وحالتهم النفسية والاجتماعية، فكثيراً ما يشاع في مجتمعنا أسماء العبودية لله مثل عبدالله وعبدالرزاق وعبدالواحد وأسماء النبي وآل بيته الأطهار أحمد ومحمد علي وفاطمة وحسن وحسين "خير الأسماء ما حُمّد وعُبّد". وتدل بعض الأسماء على انتظار الولد لدى الأهل وسابقاً يسمى خلف وخليفة وخلفه ومخلف وخلوف وخلف الله، ولفته، وحالياً منتظر وسعد ورزاق وشكر. كما تدل الأسماء على كثرة البنات مثل بسعاد وكفاية ونهاية. وفي ظروف حرب الخليج الأولى التي مر بها العراق كثر اسم صابرين، اسم يدل على الحزن الذي تمر به العائلة وتزامناً مع زيارة المطربة المصرية الشابة صابرين إلى العراق آنذاك، وأسماء أخرى مثل دمعة، وشهيد، ومظلوم. ويكثر أسم زينب أو رقية حين ولادة البنت والعائلة تمر بظرف عصيب تأسياً بالعقيلة زينب أخت الامام الحسين "ع" ورقية ابنته التي توفت بعد استشهاده وهي طفلة. وحاليًا نسمع بأسماء ليس لها معنى تقليدًا لأسماء من المسلسلات الاجنبية مثل لارا وتارا ولايا ونيكول ولمار....

وغالباً ما يفترض الطبيب الاختصاصي ولاسيما المشهور منهم أن المريض يعرفه شخصياً من دون دليل واضح، لذلك يهمل هذه الخطوة أو يتضايق حينما يقدم نفسه ويشرح دوره للمريض، ولكن ينبغي أن نطور مهاراتنا لتجاوز هذه المشكلات، فمثلاً يرحب بالمريض ويقول:

في الردهة، الطبيب الاختصاصي للمريض عند الدخول الثاني:
أهلاً أبو علي هل تتذكرني، أنا د. محمد الذي عالجتك قبل 6 أشهر؟
المريض: أهلاً وسهلاً دكتور، أتشرف بمعرفتك...

أهلاً حجية كريمة أنا الممرضة سعاد مسؤولة ردهة النسائية التي سأرعاك في أثناء الدخول.
المريضة: "أهلاً وسهلاً بك " هله يمه هله بيج، على راسي...."

حملة "مرحبًا، أنا اسمي..."

في عام 2011، تم تشخيص الدكتورة كيت جرانجر بمرض خبيث "ساركوما المنتشر"، والتي ماتت بسببه عام 2016. لاحظت أن العديد من الملاكات الصحية الذين عالجوها في أثناء مرضها لم يقدموا أنفسهم ولذلك ابتكرت حملة:

حملة "مرحبًا، أنا اسمي..."	campaign The 'Hello my name is...'

ووصفت سبب حملتها أن من المهم جدًا أن يقدم الملاك الصحي نفسه للمريض، وتعتقد اعتقادًا راسخًا أن الأمر لا يتعلق بالمجاملة العامة فقط؛ أنها أعمق بكثير من ذلك. أن تقديم النفس للمريض يدور حول خلق تواصل بشري بين إنسان يتألم وضعيف، وآخر يرغب في المساعدة. ويبدأون العلاقة العلاجية، ويمكن أن تُبني الثقة على الفور في مثل هذه الظروف الصعبة.وتشجع الحملة الملاكات الصحية لتحية المريض تقديم أنفسهم لهم وتؤكد على ارتداء الباج التعريفي الواضح للشخص الذي يسهل قراءته لبيان دوره في الرعاية الصحية.

وفي دورات مهارات التواصل التي اقمناها في العراق اخبرتني أحدى الممرضات أنها لا تستطيع تقديم نفسها للمريض، ولا ترغب أن يعرف أسمها أي مريض، لأنها ستصاب بالاحراج إن سلم عليها أحد المرضى وهي تمشي في السوق مع زوجها، وقد يسألها زوجها: من أين عرف هذا اسمك؟

2 – إرساء الألفة الأولية

وتشمل

أ- التعرف على شخص المريض وإيجاد علاقة مشتركة بين الطبيب والمريض.

ب- التأكد من أن المريض بوضع مريح ومن استعداده لإجراء المقابلة وتأمين الخصوصية المناسبة.

ج- تقييم الحالة الانفعالية للمريض.

أ – التعرف على شخص المريض وإيجاد علاقة مشتركة بين الطبيب والمريض.

أن الأكثر أهمية هو معرفة حالة المريض النفسية والاجتماعية من معرفة المرض الذي يعانيه. وليم آوسلر

يمكن التعرف على شخص المريض بسؤالٍ مفتوح، أرجو أن تعرفني بشخصك الكريم... وإن احتجت أن توضح حينما يسألك المريض، ماذا تقصد؟ أود أن أعرف قليلاً: مَنّ حضرتك؟ عائلتك؟ وحياتك اليومية الاعتيادية؟ وما ترغب أن تخبرني به بعيداً عن الحالة المرضية؟

والبدء بإرساء الألفة في الثواني الأولى من أي مقابلة طبية، والتحية الحارة مع ابتسامة واضحة على محيا الطبيب، بعدها سينفتح الباب واسعاً لبناء العلاقة الناجحة، ثم التعرف على الإنسان بفضول مقصود. كأن تسأل

سؤالاً شخصياً مثل الأسم وتُعلمه باسمك، مثل أنا الدكتور محمد ما اسمك؟ ويمكن التعليق على الأسم؛ اسم لطيف، ماذا يعني؟ أو صدفة جميلة أن التقيتك؟ وبعد نجاح مرحلة التعارف، جِد موضوعاً عاماً؛ وأسأل رأيه عن موضوع عام وسطحي عن الجو، يبدو أن الجو اليوم لطيف جداً، أو كرة القدم؛ هل تشجع الزوراء أم القوة الجوية؟ أو يخيل لي أنني التقيتك سابقاً؟ كحلقة وصل وتشابه بينك وبينه، وبعد ذلك ينبغي الإطراء الحقيقي لمتحدثك، ولا تحتاج أن تماري فيه، وأظهر مشاعرك بوضوح، وكن كريماً لا تبخل بالإطراء، وقد تُحبَط من بعض الأشخاص الذين لا يتحسسون الإطراء الذي يسمعونه من الآخرين لكثرته كما تقول لمغني صوتك جميل، وهنا يبدأ التواصل الحقيقي، ولا تسأل أسئلة صعبة، وانصت ولا تعقب فقط انصت.

ونعترف بأنّ هذه بداية صعبة يتردد كثير من الناس من المبادرة بها، واحذر الاختلاف أو السلبية لأنه سيدمر الحوار.

ومن السهل بناء الألفة مع المريض في المقابلة الأولى في العيادة وتقديم الطبيب نفسه وذلك بالسلام عليه والتواصل البصري والابتسامة إلى جانب عبارات ترحيب بإطار روحي مناسبة وحديث اجتماعي بسيط وإطراء غير مبالغ فيه على ما يبدو على المريض، مثل:

أهلاً وسهلاً، زارتنا البركة، استرح مع الإشارة إلى مكان الجلوس.

ومصافحته إن أمكن " مع الأخذ بالاعتبار الجانب الاجتماعي في مجتمعنا المحافظ" أو التربيت على كتفه أو يده إن كان واهناً لبناء الألفة الأولية. ويتمكن أن يجمع الطبيب انطباعاً أولياً من المصافحة، إذا كانت المصافحة بحرارة تعطي انطباعاً أن المريض واثق، وإذا كانت يده باردة ومتعرقة فتعطي انطباعاً أن المريض قلق، واليد الواهنة تدل على شدة المرض.

ب. تأكد أن المريض بوضع مريح، وبحالة نفسية مناسبة، استعداده لإجراء المقابلة، وأمن الخصوصية المناسبة:

ومن المستلزمات ترتيب الأثاث الذي يجعل الطبيب والمريض يجلسان بزاوية وجلستهما بمستوى نظر واحدة، وليس جنباً إلى جنب أو وجهاً لوجه. ويشعر أغلب الناس براحة حينما يجلسون على كرسي بقيافة كاملة ويتحدثون بدلاً من الاضطجاع على سرير الفحص أو كرسي طبيب الأسنان المرعب، أو حتى الجلوس على سرير الفحص متدلي الساقين. كما أثبت سومر "7" إن مواجهة الطبيب للمريض وجهاً لوجه وبينهما مكتب له تأثير مرعب أو تنافسي أو مانع على المريض. ويرغب الأشخاص التواصل البصري اليسير الذي يسمح لهم أن يشيحوا بوجوههم "يزوغوا" إلى اتجاه آخر عند الحاجة.

وفي بعض الحالات، يصعب التأكد من راحة المريض في المقابلة الطبية لأنها ليست مجرد كلمة واحدة تكفي لذلك، فقد تعتري المريض بعض الأعراض مثل الألم أو التقيؤ والغثيان التي تملي على الشخص وضعية معينة. فبادر لمساعدة المريض للتهيؤ للحوار، وسؤاله هل أنت مستعد لإجراء المقابلة؟ فقد يحتاج إلى تناول غذائه أو يحتاج أن يقضي حاجته، أو تنظيف فراشه. أو قد يحتاج المريض إلى ارتداء سماعتي الأذنين أو النظارات أو طقم الاسنان ليتمكن من الحوار الواضح مع الطبيب. وفي كل الأحوال ينبغي إغلاق الباب أو الستائر بين الأسّرة في الردهة لتوفير خصوصية مناسبة للحوار.

وأخيراً، ينبغي أن يضع الطبيب في حسابه كلّ هذه الجوانب عن البيئة والهدوء والجو المعتدل والمناظر اللطيفة والانتظار المريح التي توثق علاقة المريض بالمؤسسة الصحية. إن هذه الآداب ليست ضرورة اجتماعية حسب، ولكنها تعزز قبول المريض للرعاية المقدمة له، وبالتالي تعاونه ليصبح جزءًا من فريق الرعاية الصحية لتدبير حالته المرضية.

وتزداد الحاجة لتقديم طالب الطب أو المقيم أو الصيدلي السريري أو الممرضة نفسه وشرح دوره في العملية العلاجية في المؤسسات التعليمية وردهات الطوارئ. وأن من المفيد أن يشرح الطالب موقعه في الفريق الطبي، والوقت الذي تستغرقه المقابلة، وماذا يعمل بالمعلومات التي يجمعها، وكيف يربطها بالمعلومات التي يستقيها الطبيب المسؤول؟

أهلاً.... حسين...

أنا محمد رسول طالب طب، هل هذا وقت مناسب تسمح لي أن نتكلم لبضعة دقائق، لأراجع حالتك المرضية وأقدمها إلى أستاذ سمير.... الطبيب المشرف على حالتك، قبل أن يأتي....... هل هذا يناسبك؟

المريض: نعم.

الطالب: أرى أنك لا تستطيع مغادرة السرير، لذلك سأغلق الحواجز حول السرير حتى نشعر بالخصوصية رغمًا أنها ليست كاملة، وإذا اردت أن لا تجيب عن أي سؤال اخبرني بذلك، سأدون بعض الملاحظات خلال الحوار حتى لا انسى شيئًا، وهذا لا يعني أني لم انصت اليك. هل هذا يلائمك؟

المريض: شكرًا على هذه الملاحظات.

ج - تقييم الحالة الانفعالية للمريض

ينبغي النظر إلى محدثك بشغف مع فضول للتعرف على الحالة الانفعالية من حواره غير اللفظي الذي يبدو على محياه، وكيف يبدو في بداية المقابلة، فقد يكون من النوع المنفتح ويتكلم بثقة ووضوح ويسهل التعامل معه أو من النوع الكتوم والانطوائي، الذي يحتاج إلى جهد أكثر لبناء العلاقة المناسبة، أو قد يعاني من اضطراب نفسي كالخوف والقلق والحزن الذي يصعب بناء الثقة معه ويجب أن يؤخذ

بالاعتبـار. كمـا يصعـب التعـرف على الحالة الانفعالية للشـخص بالسـؤال المباشـر مثـل، كيف مزاجـك اليوم؟ وقد تكون الاجابة مقتضبة وبكلمة واحدة.

3 - التعرف على أسباب المقابلة وتحديد المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية.

- التعرف على أسباب المقابلة وتحديد المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية التي يرغب المريض مناقشتها.
- الاتفاق على الأولويات مع المريض
- اعرض مسار المقابلة المتوقع وأولوياتك.

ثالثًا، تحديد سبب أو أسباب المقابلة

بعد إتمام مقدمات التعارف بشخص المريض وإرساء الألفة الأولية معه، فالخطوة الثانية هي تحديد مسار المقابلة المتوقع وأولويات الطبيب، وعند مقابلة المريض لأول مرة يمكن أن يبدأ الطبيب بتحديد أسباب المقابلة بالعبارة الآتية:

> لدينا وقت جيد لمناقشة معاناتك بالتفصيل ولكن أحتاج الآن أن نعدد مشكلاتك التي ترغب بمناقشتها اليوم فقط، أولاً.... وثانياً...وثالثاً....

من الصعوبة بمكان أن نحدد دقائق المقابلة بالضبط، مثل: لدينا عشرة دقائق لإكمال المقابلة، ويمكن أن تساعد الممرضة أو سكرتير الطبيب بأخبار المريض عن مدة المقابلة المقترحة. ولذلك ينبغي أن يبدأ الطبيب بتحديد الموضوعات التي يرغب المريض بمناقشتها، وقائمة الهواجس والأعراض والأمراض التي يعاني منها؟ ولماذا راجع اليوم؟ ويحتاج الطبيب أن يحدد أغلب المشكلات التي دعت المريض لزيارته قبل أن يسمح للمريض بشرح روايته المرضية.

وقـد تعتـرض الطبيـب صعوبـات التوافـق علـى قائمة المشـكلات، ويسـعى كل مـن الطبيـب والمريض فـرض اهتماماتـه على الآخـر، لذلك قـد تعتري افتتـاح المقابلة مسـالك وعرة متعـددة ومتعرجـة وغير واضحة المعالـم ممـا يجعل التعـاون المفتـرض يتحول إلى لا مبـالاة وتصادم وقـد تؤدي إلى فشـل المقابلـة، وذلك إذا اختلفت الأولويات، مثال:

تصارع الأولويات بين منظور المريض ومنظور الطبيب

إن تناقض أولويات الطبيب والمريض تثقل كاهل الرعاية الصحية الكفوءة، لذلك ينبغي تطوير تقنيات حوارية تساعد الطبيب على تحديد أولويات المريض وتقلل من اضطرابه الانفعالي.

مثال: مقاطع من حوار طبي، مريض عمر 51 سنة مصاب بداء السكري النوع الثاني منذ خمس سنوات، بعد خروجه من المستشفى بسبب خراج في كيس الصفن، بدأ حديثه:

الأولوية الأولى

المريض "م": دكتور مؤلم جدا جداً **"معاناة، أولوية أولى"**

الطبيب "ط": كيف حالك؟

م: "بتأوه طويل" أفضل من الاسبوع السابق **"تأكيد الأولوية الأولى بحوار غير لفظي"**

ط: سمعت انك كنت في المستشفى.

م: نعم كنت هناك وأجريت عملية خراج كيس الصفن وكانت زوجتي تستبدل الضماد بالبيت ولكنها لم تستطع.

"تأكيد الأولوية الأولى "

ط: هل زيارتك لتبديل الضماد؟ "قدم الطبيب أولوية طبية"

م: مؤلم... مؤلم... جداً **"تأكيد الأولوية الأولى"**

زوجته: لا أحد يستطيع تبديل الضماد "أكدت زوجة المريض أولوية زوجها"

ط: هل توقفت عن استبداله؟ "أكد الطبيب الأولوية الطبية"

زوجته: حضرنا إلى المركز لنستبدله، لا أتمكن من استبداله في البيت. "خضعت الزوجة لأولوية الطبيب"

ط: بسيطة

م: آخر مرة استبدلت الضماد كانت مؤلمة جداً **"رجع المريض لتأكيد أولوية الألم"**

مناقشة: في بداية المقابلة لاحظ أن الطبيب سارع بتقديم أولوياته؛ العناية بالجرح وضماده، ويمكن لهذه العملية أن تجرى في أي مكان وعدم تحديد حاجة المريض الطبية الآنية. ولذلك نرى أن الطبيب بدأ المقابلة بالاستفهام عن أولوياته بدلاً عن التحري عن أولويات المريض وعدم سماعه لمعاناة المريض في المستشفى، وماذا يمكن أن يكون الأسلوب البديل المناسب؟

يمكن أن يفتتح الطبيب المقابلة بتحية المريض باسمه، والتعبير عن اهتمامه باستعادة صحته، والسؤال عن رقوده في المستشفى بسؤال مفتوح بدلاً عن السؤال المباشر عن العناية بالجرح. أو يختار الطبيب سؤالاً مفتوحاً آخر، مثل: اخبرني عما أصابك؟

وهو طريق لفهم المريض ومعاناته الحرجة، ويمكن إظهار أولويات المريض بالسؤال: ما الذي يقلقك اليوم؟ أو كيف ترغب أن أساعدك؟ وبهذا يتمكن المريض من أن يشارك الطبيب بأولوياته بدلاً من الاهتمام المستعجل بالجرح.

ومع احتيال الطبيب على أولويات المريض استمر المريض بعرض أولوياته بعد أن أوضح أنه لا يتمكن من تضميد الجرح مرة أخرى بسبب قسوة الألم الذي يعانيه من جراء الضماد.

الأولوية الثانية

حاول المريض عرض أولوية أخرى بوضوح " غبش الرؤية "، وقال:

لقد استعملت نظارتي الجديدة... ولكن لا أزال أعاني من غشاوة حقيقية، فحص العين اخبروني فيه... اخبروني أنني لم أصب بارتفاع ضغط العين.

قدم المريض نتائج الفحص لإعطاء أهمية لأولويته الثانية، ولكن بعد طول تدقيق من الطبيب وجدت أن أوراق الفحص تعود لناظور المستقيم قبل سنتين، وهنا حاول الطبيب إرجاع المريض لأولوية العناية بالجرح لكن المريض ظل متمسكا بالأولوية الثانية: غبش الرؤية.

الأولوية الثالثة

وهنا قدم الأولوية الثالثة وهي الدوخة.

ط: هل تعاني من حمى؟ "أولوية طبية أخرى"

م: لا، ولكن الآن أعاني من غشاوة حقيقية أعاني صعوبة متزايدة في الرؤية بدون نظارة "تأكيد الاولوية الثانية"

ط: نعم....نعم...

م:..... وحينما أضطجع أعاني من دوخة لا أعرف السبب؟ "تأكيد المريض على أولوياته"

ط: ها... ها.. أعتقد أنها فقط...هل تشرب سوائل؟

م: لا أكثر من المفروض

ط: نعم، اعتقد أن ما يجري في الواقع انك عانيت كثيراً، انت خرجت تواً من المستشفى ولازلت تعاني بعض الوهن وكنت في المستشفى مستلقيا على سرير المرض لا تعمل أي شيء، وعند الرقود في السرير...

م: رفض جزئيا تفسير الطبيب؛ ولكن هذه المعاناة حدثت قبل الدخول إلى المستشفى أيضا.

كيف يمكن تجنب الاضطراب الذي يعتري الحوار؟

- أوضح الكثير من الباحثين، أن لدى المرضى أكثر من هاجس يرغبون بمناقشته في تخصصات مختلفة، ويتراوح عدد الموضوعات التي يرغبون بمناقشتها بين (1.2-3.9)، "3 و8"
- وأوضحت دراسة "9" أن معدل الهواجس التي يرغب بعرضها مريض السكري في المقابلة الطبية ثلاثة، والهاجس الثالث أهم هاجس لديه وأن70% من المرضى لم يتمكنوا من عرضه في أثناء المقابلة. وحذرت من مخاطر التدبير المحدود المبكر قبل تحديد الهواجس والمشكلات بمنظور شامل.
- وأظهرت دراسة بيكمان وفرانكل "10" على المقيمين في الطب الباطني وأطباء الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة الامريكية، ملاحظات مهمة حول رواية المريض الأساسية، أهمها:

i. إن التسلسل الذي يعرض فيه المرضى مشكلاتهم ليس له علاقة بالأهمية السريرية لها، فالهاجس الأول لا يتعلق بالثاني أو الثالث وليس لها علاقة بدرجة خطورتها على حياته.

مدرس وشاعر مرهف الحس راقد في العناية القلبية المركزة، ويعاني من احتشاء العضلة القلبية الحاد، وداء السكري المعالج بالانسولين، وعند سؤاله عن أهم ما يقلقه فقال: عندي إمساك منذ سبعة أيام.

ii. وغالباً ما يفترض الأطباء خطأً، أن العرض الأول الذي يذكره المريض هو الذي جلب المريض لزيارة الطبيب.

iii. وفي زيارات المتابعة، غالباً ما يفترض الأطباء أن المقابلة هي استمرار للمقابلة السابقة. ويحذفون البحث الابتدائي عن مشكلات الزيارة، ويذهبون مباشرة إلى الموضوعات التي نوقشت في المقابلة السابقة.

iv. وإذا ذكرت المعاناة الأولى، فليس من الضروري أن تكون أهم مشكلة. ولماذا يتصرف الأطباء على أنها المشكلة الوحيدة التي تعرض للمناقشة؟ وجميع الأطباء يتذكرون مقابلات عانت من هذا المنهج، وظهور المشكلة الحقيقة في نهاية المقابلة وتعرف بمتلازمة الاستدراك "By the way Doc" بعد أن فقد الأطباء الوقت الثمين وخُصص لمشكلة أقل أهمية "11".

v. وقد يكون الحال أسوأ، حينما لم يكتشف الطبيب السبب الرئيس للمقابلة نهائياً ولم يتجرأ المريض على ذكر المعاناة الثانية الأكثر أهمية في قائمته.

ذكر أحد المرضى النفث الدموي بعد إكمال المقابلة، وذهابه للصيدلية، ووقف عند باب الغرفة وقال: دكتور آني ما أضم عليك طلع عندي هيج خيط دم بالبلغم.

لذلك يجب أن يعرض الطبيب مسار المقابلة المتوقع وأولوياته، ويحصي جميع المشكلات أو الموضوعات التي يرغب المريض بمناقشتها؛ مثل أعراض مرضية محددة، الطلبات، التوقعات، التوضيحات.

كيف لنا أن نتجاوز هذه المشكلة؟ وكيف لنا أن نحدد خطة للمقابلة بدلاً من أن يناقش الطبيب العرض الأول الذي يدلي به المريض من دون بصيرة؟

يمكن أن يساعد سكرتير الطبيب أو الممرضة التي تعمل معه المرضى وفي غرفة الاستقبال والانتظار، وذلك بحثّ المرضى على:

- تسجيل الشكوى والأسئلة التي يرغبون طرحها على الطبيب.
- ذكر الأدوية التي يتناولونها.

وهنا سوف نناقش اربعة مهارات مترابطة تساعد الطبيب أكثر من الإجابة عن:

لماذا راجع المريض؟ واكتشاف الأسباب الحقيقية لمراجعته؟ وهذه المهارات كما يأتي:

(1) الأسئلة المفتوحة.

(2) الإنصات.

(3) التلخيص والاعادة.

(4) التحري " Screening " بعمق.

من المفضل في بداية المقابلة، والمهم أيضاً سؤال المريض سؤالاً مفتوحاً مثل؛

ماذا ترغب أن نناقش اليوم؟

وهنا نماذج من العبارات التي يستعملها المشاركون في الدورات التي أقمناها في المركز الوطني للتدريب ويفيدون أنهم يستعملونها باستمرار وتكرار واعادة:

كيف حالك؟	شلونك؟
كيف يمكن لي أن أساعدك؟	شلون اگدر اساعدك؟
اخبرني، ما الذي دعاك أن تزورني اليوم؟	شنو إلي خلاك تجيني بهذا اليوم؟
ما المشكلات التي تعاني منها؟	احجيلي شنو مشكلاتك؟
ماذا ترغب أن نتكلم اليوم؟	عن شنو تريد نحجي اليوم؟
ماذا أستطيع أن اعمل لك؟	شلون اخدمك اخويه؟
كيف تسير الامور؟	شي على شي شلونك؟
وفي المقابلات اللاحقة: ما الجديد؟	شصار جديد؟
حسنا، نعم،..........	
من دون كلام، إشارات غير لفظيه،	
	سولف؟ أحجي؟

إن الاستفسار العام مثل: كيف الحال؟ يسمح للمريض أن يصيغ عبارات عامة عما يشعر وقد لا يكتشف الطبيب المشكلة الحقيقية التي جاء من أجلها المريض "12"

مثل، الطبيب: شلونك ابو جاسم؟ **المريض: أشكرك دكتور الحمد لله، الله يوفقك.**

لذلك ينبغي أن يعي الطبيب نوع السؤال الذي يسأله ولا يفترض أسباب الزيارة الاّ بعد أن يسأل سؤالاً محدداً، مثل:

هل هذا السبب الذي جاء بك إلى العيادة هذا اليوم الحار؟ **هو هذا إلي انت جاي عليه؟**

والسؤال، كيف يمكن لي أن أساعدك؟ يبدو سؤالاً أكثر وضوحاً، ويعني أنك ترغب بمعرفة ماذا يرغب المريض أن يناقش اليوم؟ وبالرغم من أن السؤال يتحدد بالموضوعات الطبية التي يمكن أن يتدخل بها الطبيب. والسؤال، أخبرني، ما الذي دعاك إلى زيارتي هذا اليوم؟ سؤال أقل تخصصاً، مفتوحاً أكثر، ويعطي انطباعاً أن الطبيب يرغب بسماع المعاناة الشاملة. والسؤال: ما المشكلات التي تعاني منها اليوم؟ وفيه يرغب الطبيب ويشجع المريض لصياغة قائمة مشكلاته بالتأكيد، وتعطي المريض فرصة لذلك. وعلاوة على ذلك، قد يعطي الطبيب المريض توجيهاً قليلاً لشرح معاناة واحدة بالتفصيل. أم أن الطبيب يرغب بسماع جميع مشكلاته، وقد لا يكون مفهوماً لجميع المرضى. وقد لا يستعمل سؤالاً مباشراً مثل، حسناً...، نعم...، أو أن الطبيب يستعمل حواراً غير لفظي ولا يقول أي شيء، ويبدو أنه سؤال مفتوح وواسع، وطريقة بدء عامة تمنح المريض فرصة للتكلم. وعلاوة على ذلك، أنه سؤال عام وتوجيه قليل. وقد يتطرق المريض لمعاناة واحدة بالتفصيل أو قائمة معاناته.

ولا نقترح أن هناك سؤالاً افتتاحياً واحداً صحيحاً للاستعمال في جميع الحالات. وفي الواقع يحتاج الأطباء إلى زيادة وعيهم والتفكير بعمق حول كيف يبدأ في كل مقابلة "11 و13". وعرفنا منذ مدة طويلة أن سبب المقابلات المضطربة ناتجة عن صعوبة اكتشاف، لماذا راجع المريض؟ من عمل الباحثين "15, 14"، قد يؤدي القلق والحرج من الأعراض والخوف العميق من مآل المرض بالمرضى إلى تأخير عرض المشكلات المهمة إلى نهاية المقابلة. فضلاً عن إحجام المرضى عن ذكر مشكلاتهم النفسية والاجتماعية المهمة في بداية المقابلة، ويذكرونها في نهايتها حينما يجدون أن المجال أصبح ممكناً وبعد أن كسبوا ثقة الطبيب. وهذا الإعلان المتأخر يوصم بالقائمة المخفية '16' "hidden agendas'". وقد نُظر إلى تأثير سلوك الأطباء في سير المعلومات المقدمة من المرضى. واكتشف أن كلمات الطبيب وأفعاله لهما تأثير أساس في كيفية اكتشاف الأسباب الكامنة لمراجعة المرضى ومتى يذكرونها. وهنا يحدد سلوك الطبيب وليس للمريض دور كبير في كشف أسباب المراجعة.

وهكذا يتمكن الطبيب من اكتشاف أكبر ما يمكن من قائمة مشكلات المريض مبكراً في بداية المقابلة باستعمال سؤال مفتوح مناسب مع انصات فاعل ومهارات تشجيعية خاصة. والتحري "Screening"، عملية

متأنية للتدقيق مع المريض واكتشاف جميع الموضوعات التي يرغب بمناقشتها وتتم باستفسارات متكررة وبأسئلة مفتوحة النهايات بدلاً من افتراض ذكر المريض جميع الصعوبات التي يعاني منها، مثل:

الطبيب: إذن، ما الذي دعاك لزيارتي؟

ابراهيم: بطني منتفخة وعندي ألم "يشير إلى بطنه" صار لي أربعة أشهر.

الطبيب: يِشير برأسه علامة أن استمر.

ابراهيم: غالبا ما يأتي الألم بعد الأكل، وتتنفخ بطني وفي بعض الحالات أتقيأ ومرات أضع اصبعي في حلقي كي أستفرغ الأكل، وأخذت علاجات كثيرة من الصيدليات وما تحسنت.

الطبيب: إذاً، أنت تعاني من انتفاخ البطن والألم والتقيؤ لمدة أربعة أشهر، هل لديك معاناة أخرى؟

وإذا استمر المريض بالكلام، ينبغي الإنصات له مرة أخرى إلى أن يتوقف ثانية. ثم يعيد الطبيب ما قاله المريض بعملية التحري إلى أن يقول المريض نعم انتهت جميع المشكلات:

ابراهيم: من عدة سنين عندي سكري ومرض قلب وأتناول دائونيل وأيزورديل واسبرين باستمرار.

الطبيب: إذاً، انت تعاني من انتفاخ البطن والألم والتقيؤ لمدة أربعة أشهر، وسابقاً عندك سكري ومرض قلب وتتناول دائونيل وأيزورديل واسبرين باستمرار. هل عندك شيء آخر تضيفه؟

ابراهيم: عندي مشاكل بالمجاري البولية، قبل ستة أشهر عانيت من السلس والآن تحسنت حالتي.

وفي نهاية التحري، وحينما يقول المريض هذا كل شيء، قد يرغب الطبيب بالتأكد من صحة استيعابه ويلخص ما سمع، ويعطي للمريض فرصة لمعرفة دقة فهم الطبيب:

الطبيب: وهل كل هذه المعاناة تفسر الهم الذي يبدو عليك؟

ابراهيم: لا دكتور هناك مصيبة أكبر، قبل ستة أشهر، بسبب الطائفية هجرت من بيتي، والآن اشغل غرفتين صغيرتين في القرية وأحن إلى بيتي والحديقة والحمام الكبير.

الطبيب: صحيح مصيبة كبيرة، أتمنى ان تزول هذه الغمة عن هذه الأمة. والآن اسمح لي أن الخص معاناتك بترتيب آخر:

- **كنت تعاني من داء السكري والقلب**
- **ومن ثم عانيت من مشكلات المجاري البولية**
- **وبعدها هجرت من بيتك**
- **وأخيراً قبل أربعة أشهر عانيت من انتفاخ وألم في البطن، هل هذا صحيح؟**

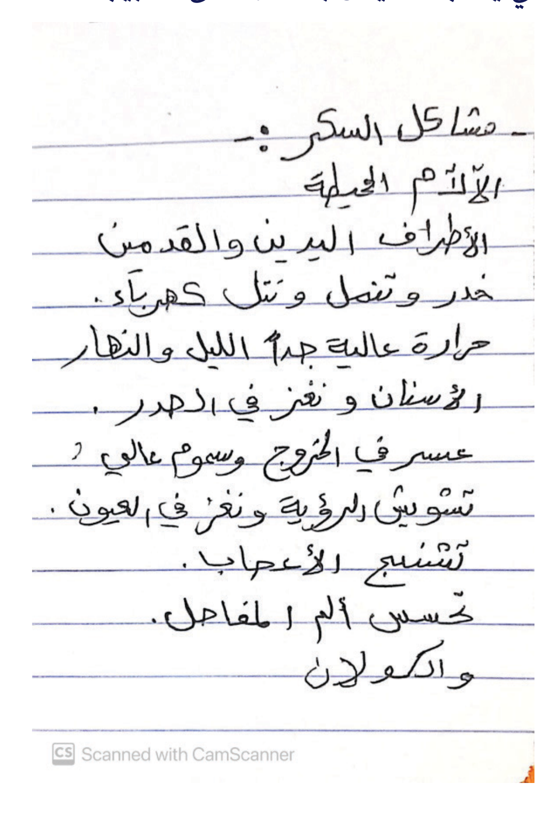
ابراهيم: نعم، شكراً......

ولاحظ أن المريض ذكر المشكلة الاجتماعية، آخر مشكلة عانى منها "" التهجير" وهي أهم مشكلة بالنسبة للمريض، ومن دون هذا التدقيق قد لا تكتشف هذه المشكلات، وتبقى كامنة في ذهن المريض حتى نهاية المقابلة الطبية، وليس لك الوقت والصبر على تدبيرها.

ويرسي التحري والفهم التوافقي المشترك، وبدلا من تناول المشكلة الأولى بالتفصيل واهمال المشكلات الأخرى، عندها يطمئن المريض بأنه محل اهتمام بمشكلاته وأفكاره معاً، وكلاهما يساعدان على إرساء الثقة والبوح بالمشكلات. كما أنها تساعد المريض على الكشف المبكر عن أهم المشكلات في بداية المقابلة، وتمنع تركيزه من البقاء بحالة انتباه حول، كيف ومتى يتمكن من عرض هواجسه غير المعلنة؟ وليس على القائمة محل المناقشة."17، 18"

ويجلب بعض المرضى قائمة معاناتهم مكتوبة ويعطون الطبيب فرصة ذهبية لتحري القائمة، ومناقشة ما يمكن مناقشته في الوقت المخصص للمقابلة، آخذين بنظر الاعتبار إعادة ترتيبها وفق الأهمية الصحية كما ورد سابقاً.

مثال الصورة ادناه اخرجها المريض ابو جاسم من جيبه، وهو مريض مصاب بداء السكر منذ 20 سنة، ويراجع العيادة بانتظام ولي علاقة خاصة به اتبادل معه في الاعياد رسائل التهنئة، انسان مرح ولكن اصيب بالكآبة ولديه قلق شديد على صحته، ومسيطر على سكره بشكل جيد، وسلمني هذه الورقة العزيزة لديه، تذكرت أن هناك في مهارات التواصل مصطلح بالفرنسية يعبر عن هذه الحالة وبوصف المريض بالورقة الصغيرة Le malade petit papier، يجلب معاناته بقصاصة ورق ويسلمها للطبيب حتى لا ينسى بعض الاعراض التي يشتكي منها. ولزيادة التفاعل في المقابلة يطلب الطبيب أن يكتب المريض ملاحظاته بنسختين وحده له والثانية للطبيب حتى يتمكنا من مناقشة الموضوعات التي يرغب المريض بطرحها على الطبيب.


- مشاكل السكر :-
الآلام المحيطية
الأطراف اليدين والقدمين
خدر وتنمل وتنمل كهرباء.
حرارة عالية جداً الليل والنهار
الأسنان ونغز في الصدر.
عسر في الخروج وسموم عالي
تشويش الرؤية ونغز في العيون.
تشنج الأعصاب.
تحسس ألم المفاصل.
والكولان

ولدى بعض المرضى مشاعر جياشة تعتلي صدورهم، من الضروري السماح لهم للتفريج عما يعانون قبل أن يبدأ العمل المشترك بين الطبيب والمريض. وغالباً ما تكون العبارات الافتتاحية للمريض غنية بالمشاعر والأفكار والرؤى والهواجس والتوقعات، ومن الخطأ أن لا يُعطى المريض فرصة للتعبير عن معاناته. وإذا لم ينصت الطبيب جيداً سوف تهمل هذه التلميحات التي يمكن أن يكون لها دور في مساعدة المريض لتدبير مشكلاته. ومن المفيد أن نصغي ونتحرى ونكون مرنين إلى مستوى ما يناسب المواقف المختلفة لإنجاح المقابلة.

ومن الطبيعي أن يؤدي التحري إلى المناقشة وإعداد القائمة، مع الأخذ بالاعتبار احتياجات كل من الطبيب والمريض بالحسبان " "19"واستمرار توكيد تطوير المشاركة التساهمية وأهميتها للطبيب والمريض في أداء تشاركي واضح يصوغ ما يجري لاحقاً، قبل البدء بالرواية المرضية، وتاريخ المعاناة الحالية التي جاء من اجلها.

افتتاح مقابلة في ردهة الباطنية في مستشفى تعليمي

طالب الطب "ط": يدخل الى غرفة المريضة، أهلاً سيدة سميرة، أنا محمد رسول " طالب طب " "ويشير إلى اسمه المعلق على صدره"، أعمل مع الأستاذ الدكتور رياض.... طبيبك المعالج، وأحاول أن أجمع المعلومات لأقدمها إليه، هل تسمحين لي بذلك؟"

المريضة "م": على الرحب والسعة.

ط: اسمحي لي أغلق الباب حتى نقلل ضوضاء الردهة، وأسمعك جيداً، ولا يزعجنا أحد في أثناء المقابلة

"في هذه اللحظة تمكن الطالب من تهيئة مكان المقابلة
وتجاوز حواجز التواصل وتأمين الخصوصية المناسبة"

م: بالتأكيد هذا جيد.

ط: قبل أن نبدأ، هل تحتاجين إلى أي شيء قبل أن نجري المقابلة؟

م: نعم، سلمت أوراق الدخول إلى ممرضة الردهة وأدخلتني الغرفة، وفيها ملاحظات وتحاليل عدة وأخشى أن أفقدها.

ط: لا تقلقي، والسياق المعتمد هنا تتسلم ممرضة الردهة من كل مراجع أوراق دخوله وتُعد ملف طبي وتجلبه لي، وسنحتفظ بها، وعند خروجك نعطيك بطاقة خروج تحتوي جميع المعلومات التي تحتاجينها في مراجعاتك القادمة.

م: طمنتني دكتور.

ط: اجلسي رجاءً على هذا الكرسي، إنه أكثر راحة من أن تجلسي على سريرك، وأنا سأجلس على هذا الكرسي.

"تمكن الطالب من إزالة الحواجز التواصلية
وإدامة التواصل البصري وأمن راحة المريضة في كرسيها"

م: شكراً

ط: أتصور أنك عانيت من صعوبات قبل الوصول إلى الردهة لأنها بعيدة عن العيادة الخارجية والجو حار.

م: نعم، ولكن تمكنت من الوصول إلى الردهة عن طريق علامات الدلالة.

ط: لدي أسئلة كثيرة لأسألك وبعدها أجري الفحص السريري، ولكن قبل أن نبدأ أرغب أن أتعرف على المشكلات التي تعانين منها، حتى نتأكد من أننا سنتناول أغلب الموضوعات التي ترغبين بمناقشتها.

"أعطى الطالب أولوياته في عبارة واحدة
ثم عرض على المريضة أن تعدد مشكلاتها أولاً"

م: نعم، أعاني من صداع يبدأ من خلف العينين يعقبه غثيان حتى لا أستطيع العمل. وسبب لي الصداع مشكلات مع مدير المدرسة، ويعتقد أنني أدّعي المرض....

"الطالب يقاطع المريضة"

ط: يبدو ذلك صعباً، وحقيقةً هذه مشكلة مهمة، وقبل أن نذهب إلى تفاصيل هذه المشكلة أريد أن أبحث عن مشكلات أخرى ترغبين أن نناقشها اليوم، حتى نتمكن من تغطية جميع الموضوعات، إذاً لديك صداع ومشكلة في المدرسة هذه مشكلتان "يرفع أصبعين من يده" هل هناك مشكلات اخرى؟"

م: نعم، يبدو أن الزكام الذي أعاني منه لا ينتهي، لدي سعال مزعج منذ ثلاثة أسابيع.

ط: "رفع ثلاثة أصابع الآن"، والآن السعال، هل هذه المشكلات تفسر الهم الذي يبدو على محياك؟

م: دكتور، الحقيقة، أنا مهجرة، منذ ثلاث سنوات، وزوجي عاطل عن العمل وعائلتي تعاني واطفالي ووالدتي مسنة.

" لاحظ أنّ الطالب قاطع المريضة مرتين لتحرى عن مشكلات المريضة
وإعداد قائمة الهواجس وهذا ضروري، لأن ذلك
يؤدي إلى إكمال القائمة، رفع الطبيب أصابعه الخمسة"

ط: وهكذا لديك مشكلتان إضافيتان، التهجير والعائلة وسنعود لها قريبا، جميعها مهمة هل هناك شيء آخر؟

م: لا شيء.

ط: أنت ترغبين أن نناقش الصداع ومشكلتك في العمل والسعال والتهجير، وزوجك عاطل عن العمل، هل هذا صحيح؟

"هنا يناقش الطالب المريضة وماذا سيغطون
في هذه الزيارة لأنها قائمة طويلة"

م: نعم.

ط: نعم، إذا فهمتك بشكل صحيح، فإن أسوأ مشكلة هي الصداع؟

"الذي ننعته بأنه الهاجس الأول الرئيس بدلاً من المعاناة الرئيسة"

م: نعم.

ط:، ما رأيك أن نبدأ بمناقشة الصداع؟ ونحاول مناقشة مشكلة السعال، ثم التهجير ومشكلة زوجك؟

م: كلام جميل..

ط: والآن، اشرح لي معاناتك الحالية بالتفصيل، كلي آذان صاغية لك.... "بداية الرواية المرضية"

الأسئلة

- دور المريض: تصور أنت المريض وفي صالة انتظار العيادة لتدخل على الطبيب، ما المهارات التي تريد من الطبيب استعمالها حينما تقابله، دون هذه المهارات؟
- ما التحضيرات العملية التي تتمها قبل مقابلة المريض اللاحق؟
- ما المهارات التي تستعملها في بداية المقابلة؟
- ما أهمية التعرف على شخص المريض في بداية المقابلة؟

المهارات

- مارس في تبادل أدوار مع زميلين من زملائك افتتاح المقابلة "مريض، طبيب، مراقب بالتناوب"؛ التعرف على المريض وتحديد المشكلات التي يعاني منها المريض؟ إلى من تتمكن من ممارستها من دون النظر إلى الخطوات العملية في الدليل؟
- بعد التمكن من التمرين الخامس مارس افتتاح المقابلة مع مريض حقيقي أو ممثل، وسجله سمعياً أو بصرياً، لعرضه على المشاركين؟

مع التمرين والممارسة والوقت، لاحظ علامات النجاح في:

أ- سلاسة الحصول على المعلومات.

ب- فهم العلاقة بين الجسم والذهن.

ت- تحسن القابلية على التركيز متى ما رغبت.

ث- تحسن قابلية المقاطعة بفاعلية واحترام.

ج- السيطرة على المقابلة.

ح- تتمكن من نقد مقابلتك ومقابلة الآخرين.

خ- تختصر وقت بداية المقابلة إلى 2-3 دقائق.

المصادر

1. ref von Fragstein et al , UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate education Medical Education 42: 2008:1100-1107.
2. Ely JW, Levinson W, Elder NC, Mainous AG and Vinson DC , Perceived causes of family physicians' errors. J Fam Pract. 40: 1995: 337-44.
3. Silverman J.D., Kurtz S.M, Draper J. 3rd Skills for Communicating with Patients, Radicliffe Medical Press (Oxford) 2013.
4. Stewart MA, McWhinney IR and Buck CW , The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. J R Coll Gen Pract. 29: 1979: 77-82.

5. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS and D'Lugoff BC, The influence of Patient-practitioner agreement on outcome of care. Am J Public Health. 71: 1981: 127-31.

6. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J,

تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الممارسة الطبية، كتاب منهجي مترجم، طبع في رادكليف اكسفورد لندن. تأليف سوزان كورتس وجوناثان سلفرمان وجوليت درابر، 2010.

7. Sommer R, Social parameters in naturalistic health research. In: A Esser (ed.) Behavior and Environment: the use of space by animals and men. Plenum Press, New York, 1971.

8. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB and Lippincott P, Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. Pediatrics. 6: 1984: 1047-53.

9. Rost K, Frankel R., The introduction of the older patient's problems in the medical visit. J Aging Health. 1993 Aug;5(3):387-401.

10. Beckman HB. Frankle RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. 1948; 101; 692-696

11. Robinso _ J. Soliciting Patient's presenting concerns. In H Heritage and D Maynard (ed) Practicining Medicine: structure and process in primary care encounters, Cambridge University press, Cambridge, 2001.

12. Frankel R (1995) Some answers about questions in clinical interviews. In: G Morris and R Chenail (eds) The Talk of the Clinic: explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1995.

13. Gafaranga J and Britten N , `Fire away': the opening sequence in general practice consultations. Fam Pract. 20: 2003: 242-7.

14. Platt FW and McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med. 91:1979: 898-902.

15. Byrne PS, long BEL. Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behavior of General Practitioners Consulting in Their Surgeries, London, England Her Majesty's Stationary Office; 1976.

16. Brasky AJ, Hidden Reasons some patients visit doctors, Ann Intern Med. 94: 1981: 492-8.

17. Korsch BM, Gozzi EK and Francis V. Gaps in doctor-patient communication. Pediatrics. 42: 1968: 855-71.

18. Mehrabian A and Ksionsky S. A Theory of Affiliation. Lexington Books, DC Health and Co., Lexington, MA, 1974.

19. Kaplan CB, Siegel B, Madill JM and Epstein RM. Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. J Gen Intern Med. 12 (Suppl. 2): 1997: S49-55.

الرواية المرضية: الجزء الأول "محورية المريض"

Patient's Narrative

الرواية المرضية تصور الحياة التي يعيشها المريض، وكيف يتكيف مع القصور الذي يعانيه.

أنت أمام إنسان: بدن ونفس وعقل وروح، ليس آلة عاطلة أو جهازًا معطوبًا، وأسأل نفسك؛ مَنْ هذا؟ ما معاناته؟ ما توقعاته، ما آماله؟ كيف يمكن لي أن أساعده؟

وربما لا يحسن كل عليل أن يعبر عن نفسه وربما كان في العلة من الغموض ما لا يتهيأ للعليل ولو كان عاقلاً أن يحسن العبارة..... الرازي

إن المريض خير راوية لشرح أبعاد مرضه الذي يعانية.... الرازي

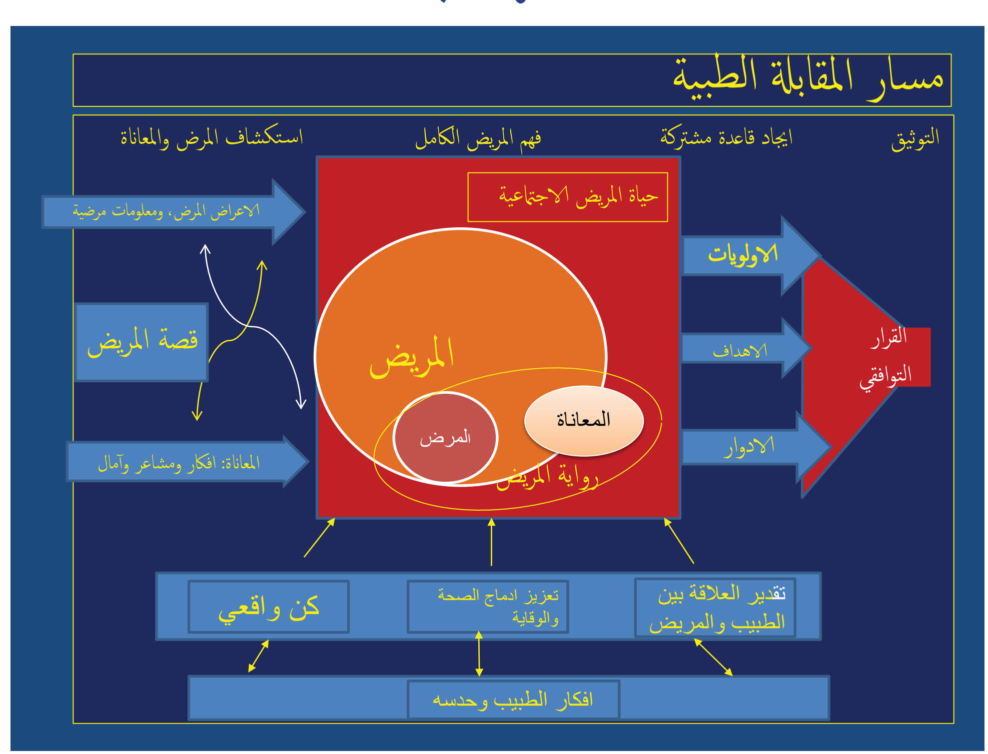
مقدمة

لقصص المرضى دور مهم في المقابلة الطبية، تعطي هذه القصص صورة حقيقية عما حصل للمريض. بدأ الطب وليس لدى الطبيب غير سماع قصص المرضى كأداة تشخيصية وعلاجية والنظر إلى العلامات الخارجية، والتعاطف معهم، ونادرًا ما يصف علاجًا ناجعًا لمعاناتهم. ومع تطور الطب وظهور الطب السريري وتوفر الفحوص والعلاج قل الاعتماد على الرواية المرضية والتاريخ المرضي كأداة تشخيصية وعلاجية. وفي الآونة الأخيرة ازداد الاهتمام بالطب الروائي كرد فعل على التركيز المفرط على التقنية الطبية والفحوص المعقدة، ورد الاعتبار إلى القصة المرضية وحكمة الطبيب والحالات الطبية التي يعالجها، وعلى الرغم من احتلالها المراتب الدنيا في اعتمادها كبينة معتبرة لكنها لها قيمة عليا في الاعتبار لخصوصية المريض عند اتخاذ القرار الطبي والخطة العلاجية.

وتتحدث أية رواية مرضية عن المريض "بطل الرواية" والأحداث التي يمر بها، وعلاقته بالأشخاص المحيطين به، وعن البيئة التي ويعيش فيها والظروف الاجتماعية والنفسية والبدنية والاقتصادية المؤدية للمشكلات التي يعاني منها، وعن مشاعره وآرائه فيها. وتُبرز الرواية المشكلات التي يعاني منها وتتابعها الزمني، ومحاولات

المريض العلاجية الشعبية والطبية، والدعم الذي حصل عليه من عائلته ومجتمعه لحل هذه المشكلات. وإن غاية رواية المريض ليس وصف الحالة المرضية فحسب، بل وصف الحياة في أثناء المعاناة، وكيف يتكيف مع القصور الذي يعاني منه، لاحظ رسم مسار المقابلة:

مسار المقابلة



وتؤدي الرواية المرضية دوراً مهماً في رسم خريطة الطريق التشخيصية والعلاجية والوقائية، وهي مفتاح التشخيص الذي يعتمد على الدلائل التي يتم التوصل إليها، ويعاد بالقصص المرضية رسم الماضي بعين الحاضر، ونعيد رسم الماضي المتصور لنصل إلى الخيال، ونضعه امامنا لرؤيته، ونكتبه على الورق لمناقشته واعادة صياغته، والروايات المرضية تخمن لنا ما سيحدث مستقبلاً، ولأن بعض ذكرياتنا قصص عشناها في الماضي، لذلك غالباً ما تبدأ الرواية المرضية بـ:

- كنت بصحة جيدة حتى... غالباً ما يربط المريض مرضه بحادثة مأساوية اجتماعية أو نفسية مثل: هبطة أو شوطة أو حادث مفزع، ويصفها على أنها سبب المرض الذي يعانيه، مثل:

دكتور آني ما عندي شي بس هبطت من توفى.... وصار عندي سكر.
أو
قلق بسبب توتر عائلي شديد مثل إصابة أحد أفراد العائلة بمرض عضال.
أو
حادث بعيد منذ الحرب الخليج الأولى: من وگـعت من السيارة العسكرية الكبيرة "الايفا"...

والروايات تُيسر الحوار بين المريض والطبيب، وتغوص في عمق التجربة الطبية، وتسمح لنا فهم مرضانا، ويمكن أن تكون عاملاً لفهم أنفسنا أيضاً.

وصور سوليفان "طبيب نفسي امريكي في بداية القرن العشرين" موقف الطبيب عند الانصات إلى الرواية المرضية التي يرويها المريض بالشخص الأعمى الذي يمسك بيده المريض، ويدخلان غابة كثيفة لم يتعرفا على معالمها سابقاً، وفي كل خطوة يعيد الطبيب ما سمعه من المريض ليتأكد من المكان الذي هو فيه، ويسأل المريض أين وصلنا؟ وإلى أين نتجه؟ إلى أن يتعرف على ملامح الغابة التفصيلية.

وحديثاً يُنظر للقصة المرضية التي يصوغها المريض بمساعدة الطبيب في أثناء المقابلة الطبية على أنها مصدر لفهم المريض الإنسان، وماذا تعني أعراضه له؟ وما منظوره الخاص لمأزقه؟ لذلك تزودنا رواية المريض بمعنى المعاناة، والبيئة التي نشأت فيها، ومن التعبير الذي يصف به مشكلاته نعرف: كيف؟ ولماذا؟ وما السبب الذي أدى إلى مرضه؟ وتجسد لنا الأعراض المرضية وتبني الألفة الحقيقية وتصنع لنا هيكل الخطة العلاجية لاحقًا: إنها الطريقة الوحيدة التي تُعرّفنا بذلك ولا طريق ممكن غيره. وهكذا أُعيد الاعتبار للرواية الطبية، ولاسيما رواية المريض نفسه، واكتسبت قصص المرضى ومعاناتهم زخماً جديداً أدت إلى ظهور الطب المعتمد على الرواية Narrative-Based Medicine.

ومصطلح الطب المعتمد على الرواية يراد منه إدراك عمق مضمون رواية المريض لمرضه في أثناء سرده الذي قد يكون معقداً وملتبساً، وبحاجة إلى مراجعة وتدقيق، ويعتمد هذا الإدراك على مهارة الطبيب في فك رموز هذه الرواية واعادة صياغتها لما يوافق مغزى المريض " 1"، ويجب أن يُفهم تطور الطب المعتمد على الرواية في إطار الرعاية التي محورها المريض "Patient's centered Care"، وإرجاع الاهتمام بشخص المريض للممارسة الطبية، فضلاً عن مرضه.

ولأن الرواية المرضية مهمة جداً، لذا يجب على الطبيب أن يمنح الوقت الكافي للاستماع إليها، لأنها الجسر الذي يوثق العلاقة الإيجابية بين المريض والطبيب، والطبيب بحاجة إلى معرفة تفاصيل دقيقة عن حياة المريض وحالته النفسية وعلاقاته الاجتماعية، أو العلاقات غير الشرعية المحرم على غير الطبيب الاطلاع عليها، وعلى الطبيب الّا يفشي هذه الأسرار، ولا يتحدث لأي شخص كان عن حالة المريض وخصوصيته من دون أن يخفي السمات الشخصية لهذا المريض.

ماذا يجلب المريض إلى الطبيب

اولاً، لا يُكتفى بالأعراض التي يذكرها أمام الطبيب ولكن لابُدّ أن يذكر:

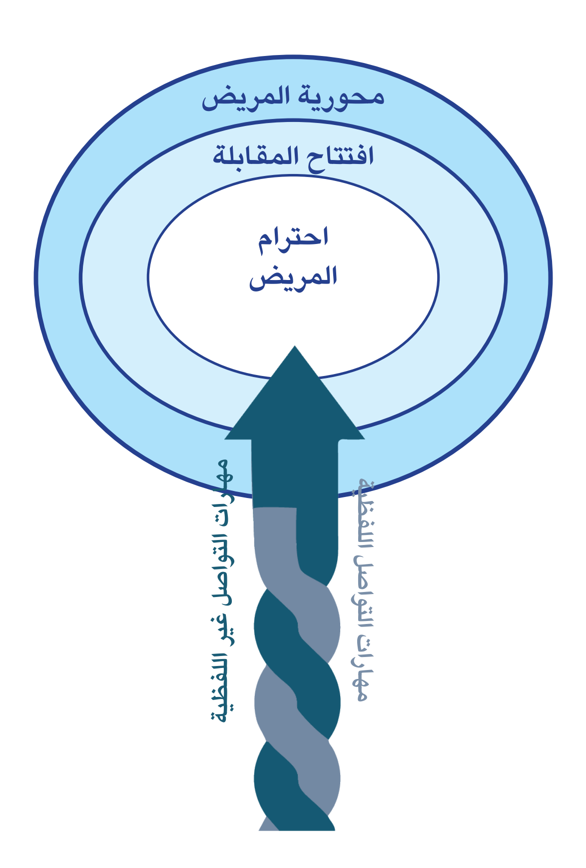
من هو؟ كيف يعيش؟ ماذا يعتقد قد أصابه؟ ما مشاعره تجاه المعاناة؟ قلقه؟ حيرته؟ فالسؤال المهم الذي ينبغي أن يطرحه الطبيب على المريض بعد السؤال الافتتاح الأول: ما حيرتك تجاه هذه المشكلة؟ "شنو إلّي محيرك من المشكلة؟" وما أفكاره عن العلاج المتوقع؟

ومن الأفضل أن تطلب من المريض أن يروي قصته كما رواها للآخرين، إذ لا بد للمريض أن روى قصته لبعض أصدقائه قبل أن يزور الطبيب "2 "، كدعوة أولية لبدء الحوار والسؤال الافتتاحي لبدء حديثه، ومن وجهة النظر

الطبية، فهي تزود الطبيب ومن بداية المقابلة بصورة واضحة عن التسلسل الزمني للأحداث، وبذلك ستتدفق المعلومات المهمة تباعاً. ويستطيع الطبيب الحاذق أن يكتشف النسيج المترابط بين المرض والنفس والبيئة والمجتمع.

ويبين مخطط مسار المقابلة في الشكل اعلاه مسار المقابلة الطبية ومحتواها، ويوضح أيضاً كيف تتفاعل المعاناة مع الأعراض المرضية والمعلومات الطبية الأخرى، وحالة المريض النفسية وواقعه الاجتماعي والاقتصادي والبيئة المؤثرة في معاناته. ثم ينبغي أن يجد الطبيب قاعدة مشتركة يحدد فيها الأوليات والأهداف والأدوار التي يقوم بها المريض والمهام المناطة بالطبيب، ويتخذا القرار المشترك بشأنها، وكيف يتمكن الطبيب من بناء العلاقة بمريضه وتعزيز الصحة والواقعية في الوصول إلى قاعدة فهم مشتركة.

ويمكن تفكيك الرواية المرضية إلى محاور متعددة لغرض الدراسة وكما في الشكل الآتي:



1 - السلوك الصحي " الوعكة الصحية " Illness behavior

كيف يشعر الانسان تجاه الوعكة الصحية التي يعانيها؟ وما الأفكار التي تراوده في أثناء الاضطراب الذي يعانيه؟ وكيف يتعامل مع الخلل الذي يشعر به داخل جسمه؟

يمكن تعريف السلوك الصحي بالطريقة التي يستجيب بها الشخص للاضطراب الذي يعانيه، ويعتمد على تفسيره الشخصي الذي يتعلق بالموروث الحضاري والاجتماعي والعوامل النفسية، وكيف يستشعر أهمية العرض الذي يعانيه والقلق المصاحب له، وليس له علاقة مباشرة بطبيعة الأعراض التي يعاني منها، ولا علاقة للسلوك

بمدى خطورة حالته الصحية، ولا يمت بصلة بمبادئ الاستشارة بالمفهوم الطبي أيضًا "3"، وقد يستغرق فترة زمنية تؤخر الاستشارة، وتؤثر على مستقبل المريض مثل، إهمال العلامات المبكرة للطارئة الدماغية "Transient Ischemic Attack" العابرة التي تسبق الجلطة الدماغية.

وطلب الاستشارة الطبية قرار معقد يتخذه المريض للوعكة الصحية التي ألمت به، لأن الإنسان يصعب عليه الاعتراف بمواطن الضعف التي تعتريه أمام الآخرين، ولاسيما أمام شخصية ذات سلطة معنوية عالية في المجتمع مثل الطبيب:

- وهناك عوامل متعددة تؤخر طلب الاستشارة الطبية " 4"، فغالبًا ما يؤخر الرجال الاستشارة في حين يطلبها الشيوخ والأطفال والنساء، وتقل مع ضعف التعليم والمستوى الثقافي وتدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي للشخص، وزيادة درجة تحمل الألم عند الاشخاص في الريف أكثر من المدينة، لذلك ينكر الأعراض أو يستخف بها، وقد تكون لأسباب أخرى مثل الكلفة المادية أو المعنوية الباهظة التي لا يتحملها كاهله.
- وقد يلجأ المريض في كثير من الأحيان إلى الطب البديل: إذ يعتني بنفسه بطريقته الخاصة، ويمارس نمط حياة أفضل بالغذاء والرياضة، ويتناول العلاج العشبي الذي ينصح به اهله وزملاؤه أو يطلع عليه من الوسائط الاعلامية الكثيرة، أو يجري بعض الإجراءات الصحية الشعبية "مثل الحجامة" ويبتعد قدر الإمكان عن الطبيب وإجراءاته التي يخشى منها ولاسيما للأمراض المستديمة الشائعة الآن.
- تُسرع من طلب الاستشارة الطبية الأعراض الحادة مثل الألم الشديد والنزف، كما تزيدها المحفزات الخارجية مثل موت أحد اقرباء المريض، أو المرور بأزمة نفسية أو اجتماعية في البيت أو العمل.
- وتؤلف الاستشارة الطبية في وقتها المناسب الجزء البارز من جبل الجليد الغاطس من السلوك الصحي في المجتمع، ويمكن فهم السلوك الصحي في المجتمع من دراسة روايات الأطباء لأمراضهم وأسباب تأخرهم في طلب الاستشارة الطبية، ولكي لا نلوم مرضانا حينما نراهم يترددون ويتأخرون في طلب الاستشارة الطبية.

2 – المعاناة Illness

الوهم نصف الداء، والاطمئنان نصف الدواء، والصبر أول خطوات الشفاء

ابن سينا

الطبيب الجيد الذي يعالج المرض والطبيب الممتاز الذي يعالج المريض

وليم أوسلر

المعاناة : التجربة الشخصية التي يشعر فيها الإنسان بالتعاسة، بسبب مشكلات اجتماعية أو اقتصادية أو شخصية أو نفسية أو بسبب مرض عضوي. وتحدث المعاناة ضمن العديد من مجالات النشاط البشري، وتختلف أشكالها بحسب طبيعتها، وأصلها، وأسبابها، ومعناها، ومغزاها، والسلوكيات الشخصية والاجتماعية والثقافية

المرتبطة بها، والعلاجات التي تناسبها، وكيفية تدبيرها. وقد تأتي المعاناة بدرجات متفاوتة من الشدة، بدءًا من معاناة بسيطة إلى معاناة لا تطاق. وتختلف المواقف وردود الفعل تجاه هذه المعاناة اختلافاً كبيراً، وذلك وفقًا لإمكانية تجنب هذه المعاناة أو كونها لا مفر منها.

ولكن أُهملت العناية بالمعاناة لاعتماد التعليم الطبي الحالي على تقرير فليكسنير "5" وأعيد طبعه سنة 1970، والذي راجع مناهج أكثر من 150 كلية طب في الولايات المتحدة الامريكية وكندا لتحسينها. وخرج بنتيجة، أن أهداف الطب الصحيحة، هي: **محاولة خوض المعركة ضد المرض**، وعلى الطب أن يعتمد على الأعراض والعلامات المرضية، ويهمل الجوانب الإنسانية. وحثت رؤية فليكسنير هذه الأطباء على الغوص في إجراءات فحوص طبية متقدمة لدراسة مرض الإنسان، والتي أدت إلى تطور هائل في الطب المعاصر، لكنها غالباً ما تفقد الجوانب الإنسانية في الرعاية الطبية، وتتقاطع مع المبادئ الأساسية للمقابلة الطبية.

لذلك يتزايد الرأي العام اعتقاداً أن الرعاية الطبية الحالية فقدت إنسانيتها، واتسعت الفجوة بين توقعات المرضى وأداء الأطباء، كما تؤثر قوى السوق في استقلالية العلاقة بين الطبيب والمريض، وتعقد ثورة تقنيات المعلوماتية الطبية الأمور أكثر، وتقوض القيمة النفسية والعلاجية للمقابلة الطبية " 6".

نموذج المرض - المعاناة "7" Disease-illness model

ولفهم أهمية معاناة المرضى يجب التفريق أولاً بين المرض "Disease" والمعاناة "Illness"، ويؤدي الفهم الأفضل لمعنى المعاناة إلى الأساس الروحي للشفاء. والمعاناة، تعني كيف يتفاعل الشخص للأذى الذي يتعرض له، في حين أن المرض هو منظور سريري للمشكلة، والسبب الطبي للمعاناة بلغة علم الفسيولوجيا المرضية "Pathophysiology". الذي اعتمده نموذج فليكسنير "الهيكل الإحيائي للجسم، ووظائفه" وإهمال للجوانب النفسية والاجتماعية للمرض.

يعرض المريض مشكلاته

البحث بكلا المنظورين بالتوازي

إطار المعاناة- منظور المريض Patient's Perspective		**إطار المرض Disease Perspective**
الافكار والمعتقدات		الاعراض
الهواجس		العلامات
المشاعر		تسلسل لأحداث
التأثير في الحياة		التغيرات المرضية العضوية
إدراك تجربة المريض		التشخيص التفريقي
الخاصة للمعاناة		

تكامل الاطارين

الفهم المشترك واتخاذ القرار

تكمن جمالية هذا النموذج في استطاعة الطبيب أن يستكشف معلومات المرض والمعاناة معاً، لتلبي حاجة الطبيب في التوصل إلى الدور الرائد الذي يضطلع به في الممارسة الطبية.

ويعــرض الشــكل "نموذج المــرض – المعانــاة " في اعــلاه الطريقــة العملية للاســتعمال في الممارســة السريرية اليومية.

وتختلف العلاقة بين المرض والمعاناة اختلافاً كبيراً، فقد يعاني المريض من معاناة "illness" من دون وجود مرض عضوي "disease"، مثل: الحرمان "Bereavement"، الحزن "Grief"، الصداع التوتري "Tension Headache". وبالمقابل، قد يمرض الشخص مرضاً عضوياً من دون أعراض، مثل: فرط الضغط "Hypertension" أو داء السكري "Diabetes Mellitus".

وأما في الحالة الطبيعية، فالمرض يرادف المعاناة. ولكن أحد الامور المدهشة في الطب، أن المرض الواحد قد يُظهر معاناة مختلفة بين مريض وآخر. ويؤكد الأطباء إمكانية ملاحظة الاختلاف الشاسع بين استجابات المرضى لأعراضهم أو تجاه التشخيص المشترك، حيث تؤثر أفكارهم، مشاعرهم، آراءهم، هواجسهم، آمالهم، وتجاربهم السابقة ليس فقط على قابلياتهم لتحمل المعاناة وإنما في التأثير البدني للمرض نفسه. فمثلاً، يعاني شخص ما من التهاب البلعوم ولا يتناول أي علاج، وهو سعيد من دون أدوية، ولا يذهب إلى الطبيب مطلقاً. في حين، يسعى شخص آخر إلى تناول المضادات الحيوية؛ لأنه يخشى التجربة المؤلمة التي عانى منها سابقاً بسبب خراج حول اللوزتين. وأن سيدة تراجع لتورم صغير جداً في ثديها، في حين أن سيدة أخرى تُكتشف بالمصادفة أنها تعاني من ورم الثدي المتقدم.

وعلى الأطباء أن يأخذوا بالحسبان الأمراض التي يعاني منها المريض واحتياجاته الشخصية الخاصة جداً. وحينما يراجع المريض ويشكو من ألم المفاصل، قد يظن الطبيب أن دوره ينحصر بالتشخيص والعلاج، في حين إن ما يقلق المريض هو العجز " Disability " وفقدان الاستقلالية. وقد تضم قائمته مناقشة مآل المرض "Prognosis" أكثر مما تتعلق بالتشخيص. وتتداخل هاتان القائمتان بعضهما ببعض، ولكن من دون أن يتصدى الطبيب إلى ظنون المريض وهواجسه والتشخيص والعلاج، فإن الطبيب لم يخدم مريضه خدمة كاملة من زاوية حاجته وخصوصيته.

منظور المريض Patient's perspective

ينبغي على الطبيب في أثناء المقابلة الطبية، أن يستكشف مرض المريض ومعاناته في آنٍ معاً. وأن دور الطبيب التقليدي هو البحث عن الأعراض والعلامات التي تدل على المرض للتوصل إلى التشخيص المرضي، وهو اهتمامه المركزي في المقابلة. أما منظور المريض فهو المعاناة؛ التجربة المرضية الفريدة التي يمر بها المريض "8"، ويختلف منظور أي مريض عن غيره بكيفية إدراكها والاستجابة لها، كما يختلف التعبير عنها بين المجتمعات، وفي داخل المجتمع الواحد أيضاً؛ لذلك ربما يعاني المريض من معاناة من دون وجود مرض عضوي، فمثلاً تعاني سيدة من صداع توتري "Tension Headache" بسبب ضغوط عائلية، وقد يعاني طفل من ألم البطن

بسبب تلكؤه بالمدرسة. وبالمقابل، قد يمرض الشخص مرضاً عضوياً من دون أعراض، أو قد تكون الوفاة أول وآخر عرض من أعراض المرض، والذي يُعرف بالطب بموت الفجأة "Sudden Death".

وعادة ما يجتمع المرض والمعاناة معاً، ولكن أحد الأمور المدهشة في الطب، أنّ المرض الواحد قد يُظهر معاناة مختلفة بين مريض وآخر. حيث تؤثر أفكار المريض، مشاعره، آرائه، هواجسه، آماله، وتجاربه السابقة على قساوة أعراض المرض ومضاعفاته.

رأي مريض مصاب بالصرع:

أن استيقظ وأنا في شارع غريبٍ للحظة من الزمن، وأنا ممدد على أرض قذرة مبلل ومتسخ وغير مرتب، أفكاري مشوشة، ويحيط بي أشخاص غرباء تقرأ في أعينهم ووجوههم تعابير الفضول من جهة، والاشمئزاز من جهة أخرى، هذا هو الكابوس الذي يجب علي ان اتعايش معه.

الصرع والحالات النفسية المصاحبة. "د. مفيد محمد سعيد "

دستوفسكي، الأبله:1935

كان الجو مليئا بالكثير من الأصوات، حتى ظننت أنه قد أسرني وتملكني، وشعرت أنني قد أدركت الإله، فصرخت نعم إن الإله موجود، ولا اتذكر شيئاً بعد ذلك، إنكم جميعًا أيها الأصحاء غير قادرين على تصور السعادة التي نشعر بها نحن المصابين بالصرع خلال الثواني التي تسبق النوبة، أنا لا أعلم حقًا إن كانت تلك النشوة تدوم لحظات أم لثوانٍ أم دقائق أم ساعات، ولكن صدقوني عندما أقول إني لا أبادلها بكل ما يمكن أن تحتويه الحياة من بهجة.

ولفهم معاناة المريض؛ ينبغي الإنصات إلى رؤيته الشخصية في أثناء المقابلة الطبية. وغالباً ما تتضمن أفقًا واسعًا من الأفكار، المشاعر، الهواجس، المخاوف، التفسير الشخصي لما حدث له، وآماله بالمساعدة التي ينبغي أن تقدم له. ويناقش الأسئلة التي تدور في خلد المريض وإن لم يبح بها:

ما الذي حدث؟

ولماذا حدث؟

ولماذا أنا؟

ولماذا الآن؟

وماذا يمكن أن يحدث إذا لم أتخذ إجراءً بشأنه؟

إنها الأسئلة التي يرغب المريض الإجابة عنها وتفضيلها على المعلومات العلاجية. "9"

ويبدو هذا المنظور واسعاً بخلاف منظور الطبيب المرتبط بالمرض، والمحدد بالتغيرات المرضية النسيجية. ويميل بعض الأطباء إلى استبعاد إطار المعاناة، وتفسيرها على أنها مجموعة من متغيرات تقف في طريق التوصل إلى التشخيص الدقيق. وفي أحيان كثيرة، فإن المحصلة التي يرُكّز عليها الأطباء هي متغيرات بدنية، ويهملون المعطيات النفسية والاجتماعية والحضارية؛ لذلك يفشلون في فهم المريض، ومعاناته، مما يؤثر سلباً على رعايته الصحية.

وتصف مشلر "9" حديث الطبيب والمريض في أثناء المقابلة الطبية على أن هناك روايتين غير منسجمتي الأهداف، وتسيران في خطين متوازيين، ويتحدث كل من الطبيب والمريض بموضوعين مختلفين. في حين نرى المعالجين الشعبيين، وممارسي الطب البديل - الذين لم يدرسوا الطب الغربي - يميلون إلى إهمال معلومات المرض " Disease" ويركّزون على المعاناة "Illness" الموضوع الذي يتكلم به المريض "10"، ويمكن التعرف على منظور المريض من مناقشة المحاور الآتية:

أ- الأفكار والمعتقدات[1]

ب- الهواجس والمخاوف

ج- المشاعر

د- تأثير المعاناة في الحياة اليومية

هـ- الآمال

أ - الأفكار والمعتقدات Ideas & Beliefs

ينبغي على الطبيب أن يخصص دقيقة - دقيقتين في أثناء المقابلة الطبية"11 "؛ ليشرح المريض وجهة نظره الخاصة، وأسباب معاناته، وما يؤثر فيها. ومدى تأثير المعتقدات الدينية والثقافية على تفسير الناس لمشكلاتهم، وتوقعاتهم، والطريق الذي يسلكونه عند طلب المساعدة من عائلاتهم، وأصدقائهم، والمعالجين الشعبيين، والأطباء. وتحكم القواعد الروحية والثقافية "Spiritual & Cultural Rules" السلوك المرضي، وقد يعطي المعتقد الراحة والدعم الذي يشعر به الإنسان في أثناء مأزقه، وأكدت بعض الدراسات بأن هناك علاقة بين المعتقد الديني والنتائج الصحية " 12 و13 "، وبالمقابل قد تتدهور النتائج الصحية إذا ما امتنع المريض من الالتزام بالبرنامج العلاجي ورفضه تلقي الرعاية الصحية. وقد يعتقد البعض أن المرض عقوبة من السماء[2]. لذلك يجب استكشاف علاقة المعتقد الروحي بسير المرض وتأثيره في الرعاية الصحية بعمق، وكيف يتواءم الجانب الروحي مع العقل والجسد "14".

1- وشبه المعالج الطبيعي علي عطية مفردات المعاناة بخمسة بنات وهن: أفكار، وهواجس، ومشاعر، وآثار، وآمال يخاطبن أمهن المعاناة، لتسهيل حفظ مفرداتها.

2- يعتقد العراقيون القدماء أن الأمراض النفسية عقوبة لآثام يرتكبها الشخص أو أهله أو أهل بلده، وتؤدي إلى حجب حماية الرب عنهم فتنزل الارواح الشريرة عند ذلك الامراض بهم " عبداللطيف البدري، طب وادي الرافدين، في: الطب عند العرب، 1978، الموسوعة الصغيرة، 8، دار الحرية للطباعة، بغداد.

وتختلف الثقافات المتباينة اختلافاً كبيراً في تعريف الاضطراب "Disorder" في المجتمع، وكيف يتمكن الفرد التعامل معه؟ فضلاً عن وجود هذه الاختلافات في الثقافة الواحدة على مستوى الطبقات الاجتماعية والأطر العائلية والفردية.

ومن دراسة كلينمان وجماعته "10" لكيفية تفسير المريض لمعاناته، قال: يبني المريض نموذجه التوضيحي للأعراض التي يعاني منها على ثقافته الشخصية والمؤثرات الاجتماعية والجانب الروحي الذي يحتل أهمية كبيرة في تفسير المرض والوفاة وطريقة الاستشارة، لذلك يجب أن نناقش المريض في أثناء الرواية المرضية لتوضيح نموذجه الشخصي واكتشاف معنى معتقداته الصحية، مثل: ما تفسير الألم الذي يعانيه؟ ما معنى الغذاء في علاجه؟ ما معنى الدواء في علاجه؟ ما الطريق الأسلم للشفاء؟ ما معنى الموت؟

مثال

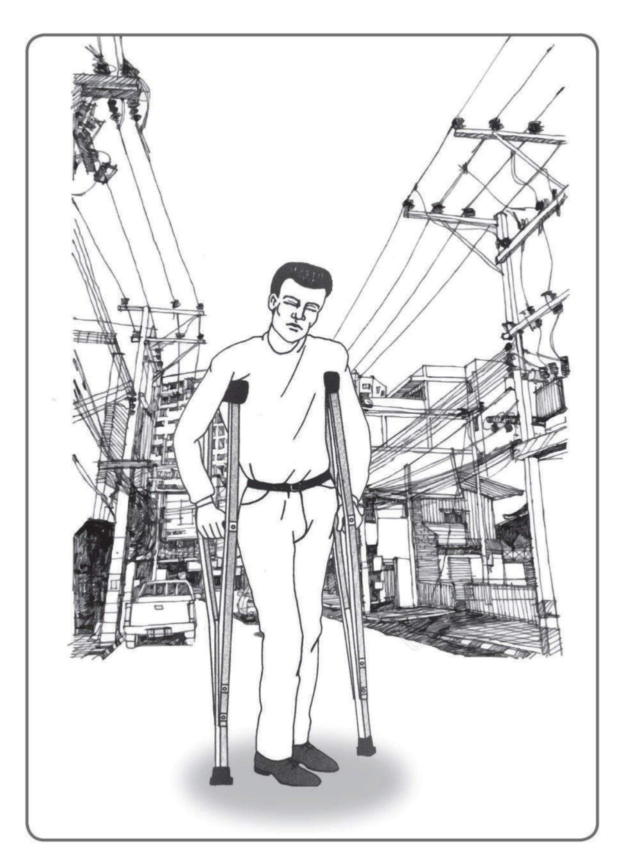
أنا م. ع، شاب، عمري 14 سنة، ولدي طموح بالزواج ودخول الكلية، رغم ما أعانيه من انفصال أمي عن أبي؛ بسبب ولادتي بمرض فقر الدم المنجلي "Sickle cell anemia" اللعين، مما يجعلني اعتمد على نفسي في العلاج والمتابعة الطبية. وهو مرض مستديم وأراجع مركز الأمراض الوراثية في البصرة مراجعة دورية. عانيت من ألم الورك الأيمن منذ سنين، وأمست مع الوقت غير مستجيبة للعلاج بالمسكنات، وأصبت بالصدمة حينما أخبرني الطبيب أن مشكلتي الرئيسة هي تآكل عظم الورك. وقد وصف لي الطبيب علاجاً كيمياوياً ولكني رفضت تناوله، واعتقد أن تأثير العلاج عليّ سيكون سيئاً، فقد أفقد شعري، وقد لا أستطيع الإنجاب مستقبلاً. وبعدها راجعت أحد العشابين وقد أعجبني أسلوبه وظل يسألني لأكثر من ساعة كاملة عن احوالي، وحياتي، وكيف أتدبر أمري مع هذا المرض القاسي؟ وفي النهاية، وصف لي خلطة عشبية، استعملتها لمدة سنة كاملة، وبشكل منتظم، رغم ما عانيته من ألم المعدة والغثيان؛ بسبب احتواء الخلطة على أعشاب حارة من دون فائدة. وأعتقد الآن أن السبيل الأفضل لعلاج حالتي هي إجراء عملية زرع نخاع العظم خارج العراق، فقد قرأت بالانترنيت أنها علاج شافٍ ونهائي لإنهاء معاناتي، ولكن أحتاج من يساعدني مادياً لأن العملية باهظة الثمن.

الدكتور باسم عبدالكريم عبدالحسن

اختصاصي أطفال / مركز الثلاسيما البصرة

وفي المجتمع العراقي، غالباً ما يعرض المرضى معاناتهم الاجتماعية والنفسية في نهاية المقابلة الطبية على أنها ليس من اختصاص الطبيب، كما يعتقد بعض الأطباء خطأً بأن إدراك الجوانب النفسية لعلاقة الطبيب بالمريض تنحصر باختصاصي الطب النفسي، "15 " في حين أنها من مستلزمات المنظور الشامل للرعاية

الإحيائية والنفسية والاجتماعية "Biopsychosocial care"، ويجب أن يلِم الطبيب بالتأثيرات النفسية للمرض والآليات الدفاعية للمريض. وقد يحيل جميع المعاناة إلى معاناة طبية، فالمريضة التي تعاني من صداع توتري "Tension Headache" وتعرضه على أنه بسبب مرض عضوي مثل ارتفاع ضغط الدم!! وقد تعاني سيدة من مشكلات عدم توافق عائلي فتعرض المشكلة على أساس تهيج القولون أيضاً.



لم ينفعني الطبيب ولا العشاب، أملي الوحيد أن ازرع نخاع العظم، ولكن؟



وقد يسلك المرضى طرقاً روحية متوارثة؛ كالطقوس الدينية، والمعالجين الشعبيين، والعرافين، وغيرهم كثير، وهذه الطرق يلتمسها المريض لتدبير مأزقه، ويستمدها من ثقافة مجتمعه المباشر: عائلته، بيئته، القرية أو الحي الذي نشأ فيه. كما أن هناك طرقاً مادية شعبية أخرى لطلب الشفاء مثل الحجامة أو الكي أو الأعشاب الطبية أو المواد الحيوانية والمعدنية ولاسيما عند الإصابة بالأمراض المستديمة " الحجامة" "16".

ب - الهواجس: الهم والغم والحزن — Concerns: worries, grief and sorrow

اللهم إني أعوذ بك من الهم والحَزَن

"من دعاء النبي ص"

وقال تعالى في أهل أحد: ثُمَّ أَنْزَلَ عَلَيْكُمْ مِنْ بَعْدِ الْغَمِّ أَمَنَةً نُعَاسًا يَغْشَى طَائِفَةً مِنْكُمْ

"آل عمران، 154"

الهاجس لغوياً: الإحساس الداخلي بالقلق والاشمئزاز، ويقال: اشتدت به الهواجس، ما يخطر ببال الإنسان من أفكار أو صور نتيجة هم، أو غم، أو حزن.

والهم التفكير السلبي المستمر بشأن التهديدات المحتملة في المستقبل والطرق الممكنة لمعالجتها، ويكون على هيئة أسئلة داخلية مثل "ماذا لو حصل كذا؟"، وتعاقب هذا النوع من التفكير قد يسبب القلق، الذي ينتج عنه التوتر ثم الكآبة. والهم عند المريض حول ما يمكن أن تعنيه الأعراض له، وما سيحصل له في المستقبل. في حين يطلق الحزن للأسى على الماضي، ويكون الحزن على أمور قد حدثت بالفعل وهو شعور إنساني بحت وفطرة الإنسان يفرح ويحزن، أما الغم يكون بسبب شيء يحدث لك في الوقت الحاضر وهو شعور إنساني يشبه الحزن بفارق أن الحزن قد يستمر لفترة طويلة بينما الغم يكون وقتيًا فقط حين يحدث أمر سيئ.

ويمكن التعرف على الهواجس بتلخيص معاناة المريض أو التعاطف معه في المواقف المشحونة عاطفياً أو استعمال أسئلة مباشرة؛ لمساعدته للتعبير عن هواجسه، مثل:

- **ما الذي يقلقك؟**
- **هل تخشى مما سيحصل؟**
- **ما أسوأ أمر تفكر به؟**
- **ما أصعب اللحظات التي مررت بها؟**
- **هل توافق على ما ألاحظ، يبدو عليك الهم؟**

ج- تأثير "المعاناة" في الحياة اليومية — Effect on life

إن السؤال المفتوح حول كيف أثرت معاناة المريض على حياته الاجتماعية والاقتصادية وفي قضاء حاجياته اليومية، المأكل، الملبس، الحركة، العلاج، وما الطريقة التي يمكن للطبيب أن يساعده بها، والنتائج التي يروم المريض الحصول عليها من المقابلة، مدخل ممتاز لاكتشاف منظور المريض للمشكلة. وعملياً، يؤدي مثل هذا الاستفسار إلى حديث مفتوح عن أفكار المريض ومشاعره، مثال: تأثير المرض على الجانب الاقتصادي.

مريضة مصابة بداء السكري والضغط واحتشاء العضلة القلبية:
وصفت معاناتها بما يأتي: والله دكتور ابكي كثيرًا "اشبع بـجـي" حينما استلم اجرة ولدي الاسبوعية "من ينطيني ابني اسبوعيته" مائة ألف دينار لأذهب بها إلى الطبيب وتبقى عائلته من دون مصرف.

د- الآمال Expectations

أعللُّ النفسَ بالآمال أرقُبها ما أضيقُ العيشِ لولا فسحةَ الأملِ
فلا صديقَ إليه مشتكى حَزَني ولا أنيسَ إليه مُنتهى جذلي

الطغرائي 505 هـ

من الصعب أن نتوقع ما سيحصل بالضبط، وماذا سيحدث للمريض مستقبلاً؟ ويعتمد ذلك على طبيعة المرض ومدة المعاناة، وهل هناك مشاكل صحية أخرى. وعلى الطبيب أن يناقش الموضوع بشفافية، وأمل صادق، وهذه معادلة صعبة في رعاية المرضى، ينبغي التدرّب عليها تدريباً مناسباً،

مثال: الآمال غير المنطقية illogical expectation

من أهم الموضوعات التي يجب مناقشتها مع المريض هي، ماذا يأمل؟ واليكم هذه القصة الحقيقية:
الآمال غير المنطقية يمكن أن يراجع المريض ويلتزم بالمراجعة التزاماً ملفتاً للنظر وذلك بأمل غير واقعي، وحينما يصل إلى الحقيقة يفقد الثقة بالطب والطبيب، ويُحبط احباطاً مذهلاً: راجعني مريض مصاب بجلطة دماغية شديدة وكلما احاول احالته إلى معالج طبيعي يرفض ويراجع مرة أخرى، وانتبهت إلى حالته المؤلمة، وأردت أن أعرف بماذا يفكر هذا الشخص، وسألته سؤالاً مباشراً؛ اراك تراجع كثيراً، وأريد أن أعرف ماذا يجول في بالك؟
فرد رداً اذهلني: دكتور انت تسافر هوايه للخارج، يمكن فد يوم تجيب ابرة وياك تعالج حالتي. فبهتُ من أمله غير المنطقي هذا، واشفقت عليه ولكن يجب عليّ أن اقول الحقيقة. فقلت له، أخي العزيز أن علاج هذه الحالة هنا وفي الخارج هو العلاج الطبيعي وتتحسن حالتك ببطء وعليك أن تتعاون مع المعالج الطبيعي وتتوقع أن التحسن يكون خلال أشهر وهذه هي الحقيقة ولا توجد ابرة سحرية لحالتك المرضية....
وبعدها لم أرآه في العيادة....

هــ- المشاعر Feelings

إن أفكار المريض تصنع مشاعره، ومشاعره تصنع تصرفاته، وهي الأحاسيس التي يُعبر عنها الشخص، ويقال شكره على مشاعره النبيلة. ويجد عدد من الأطباء صعوبة الدخول إلى عالم مشاعر المرضى، مثلما أخبرني أحد الزملاء، حينما تبكي المريضة أمامي أقول لها: هذا ليس مكاناً للبكاء، إبكِ حينما تخرجين من العيادة. كما أن المشاعر لا يستفسر عنها استفساراً روتينياً، ولا تتواءم مع أهداف الأساليب السريرية التقليدية، وغالباً ما تعلمنا تجنبها في مناهج الكليات الطبية. وقد تكون الموضوعية غير المنفعلة التي تعلمها الأطباء جذابة، كما يكون التعامل مع المشاعر مؤلماً للطبيب والمريض معاً. لذلك يخشى الأطباء فتح صندوق باندورا ""Pandora's box[1]، الذي تخرج منه مشاعر المريض الفياضة، وانفعالاته التي قد لا يسيطر عليها الطبيب في أثناء المقابلة. وللمقارنة، يشجع المعالجون الشعبيون فتح هذا المجال ويستكشفونه باستفاضة، وهذا سر نجاحهم وكسبهم لثقة المرضى!

وينبغي أن يواسي الطبيب المريض الذي يُعبر عن فهمه لمأزق المريض، وتقدير مشاعره. ويعد تعلُم المواساة أحد أكثر المهام الصعبة في التعليم الطبي، "17" وفي أثناء دورات أدب الحوار الطبي التي نقيمها دورياً في المركز الوطني للتدريب والتنمية البشرية نسأل المشاركين عن شعورهم في أثناء الدورة لتنمية الاهتمام بمشاعر المريض لاحقاً.

ما شعورك في أثناء الدورة وكيف تفاعلت معها:

1 - والرائع في مفردات الدورة هو ان تلخيص معاناة المريض مهمة جدا في ترتيب أفكار الطبيب لوضع خطة علاج متكاملة واشراك المريض في هذه الخطة العلاجية الكاملة.

2 - شعرت أني من المقصرين في حق المريض، ويجب أن أعيد ترتيبي واسلوبي من جديد، وكانت دورة جميلة ومفيدة غيرت كثير من مفاهيمي، وتفاعلت باندهاش لغزارة المعلومات المفيدة والمشوقة في آن معاً.

3 - خلال الدورة كان شعوري ان تكون هذه الدورات في وقت مبكر من الحياة المهنية؛ لكي يتم ترسيخها والعمل بها مبكراً، كما اتمنى أن يكون منهجاً تدريسياً في الكليات الطبية، وادخال الأطباء الجدد في هكذا دورات كجزء من متطلبات الاقامة والتدريب.

عقابيل المعاناة Illness Elements

أوضح بيليغرينو "18" المعاناة بأنها اضطراب حالة الإنسان بسبب الاعتداء على وجوده "assault Ontological"، التي تؤدي إلى تهديد لكيانه البدني أو النفسي وقد وصفها بــ "الإنسانية المعذبة أو الجريحة":

1 - فقدان إمكانية العمل بسبب الضعف البدني.

2 - الافتقار إلى المعرفة اللازمة لاتخاذ خطوات عقلانية نحو التعافي.

3 - فقدان الاستقلالية الذاتية مما يؤدي إلى مزيد من الاعتماد على الآخرين.

1- من الأساطير الإغريقية ويحتوي صندوق الأخت باندورا داخله كل شرور العالم، وفي عالمنا الحالي: يكنى فتح صندوق باندورا - أن تقوم بفعل يبدو ضئيلاً وغير ضار، ولكنه ما يلبث أن يأتي بعواقب وخيمة بعيدة المدى، وخارجة عن السيطرة.

1 - اضطراب الصورة الذاتية " self-image" وعدم التكيف مع الوضع الجديد.

مثال لاضطراب الصورة الذاتية: رأي مريضة مصابة بسرطان الثدي وبعد أن لاحظت تغيّر علاقة زوجها بها وراجعت عيادة زرع الثدي لتصحيح التشوه الذي حصل ببدنها:

> **بالبداية كان همي كله إجراء العملية وإكمال العلاج، وبعد ما خلصت جلسات العلاج الكيمياوي وأخبرني الطبيب استجابتي الجيدة للعلاج؛**
> **دخلت الحمام ونظرت إلى نفسي بالمرآة في الحمام " دا اسبح وشفت" ورأيت: إنسانة قرعة "وحدة گرعة"، من دون حواجب، أو رموش، وبثدي واحد، بقيت ابكي "ابـچـي" ساعة كاملة بالحمام ما طلعت إلاّ أن دقوا "دگو" الباب عليه واردوا أن يكسروه.**
> **د. محمود شكيب، دورة أدب الحوار الطبي 2018**

لذلك يجب أن تحضى المعاناة بجوهر أية علاقة بين الطبيب والمريض، ويجب أن تكون حجر الزاوية للمقابلة الطبية بدلاً من أن تكون شقها الثانوي. وفهم المعاناة هو السبيل الوحيد للطبيب الذي بوساطته يتمكن من الدخول دخولاً شرعياً في علاقة الشفاء "Therapeutic Relationship" مع المريض، وإذا ما اقتصرت الممارسة المهنية على علاج الأمراض "المتغيرات الإحيائية، البيولوجية" فقط، ولم تعالج العقابيل الأربعة أعلاه فإنها ممارسة ناقصة.

وأخيرًا يمكن أن نلخص أهمية التعرف على المعاناة:

1 - التعرف على رؤية المريض الخاصة.

2 - بناء الألفة الحقيقية معه.

3 - تصور وتجسد الاعراض التي يشكو منها المريض.

4 - تضع لنا خطة تشخيص وعلاج مشكلاته الطبية.

الأسئلة: لفهم مأزق المريض من جميع جوانبه، ينبغي التعرف على المعاناة "وهي منظور المريض ووجهة نظره الخاص" فضلاً عن المرض، أكتب معاناة قد اطلعت على تفاصيلها من تجارب الحياة التي عاصرتها متضمنة: أفكار ومعتقدات المريض وهواجسه، وكيف أثرت في حياته اليومية ومشاعره وما أفضل توقعاته حينما يقابل الطبيب؟

روايات الأطباء الذاتية لأمراضهم Autoethnography [1]

تعلّقُ العديد من المقالات الطبية على قلة فهم الطبيب لما يعانيه المريض باعتباره فرداً له همومه وتطلعاته، وربما أكثر الأمثلة قسوة تلك المقالات التي يكتبها الأطباء، الذين وجدوا أنفسهم بالدور غير المتوقّع دور المرضى الذين يعانون. وغالبًا ما تركز المقالات التي نشرت في المجلة الطبية البريطانية "BMJ Personal view" على البروز المفاجئ لوحشية الطب، ونقص العناية، والدعم المقدم من الأطباء المعالجين لزملائهم، مثال من الممارسة الطبية العراقية:

> **رفضت عائلة طبيب توفى بالجلطة القلبية مشاركة زملاءه الأطباء في تشييع جثمانه لشعورهم بعدم رعايتهم الكافية لابنهم في أثناء رقوده في المستشفى!**

وبذلك يمكن أن تؤلف قصص الأطباء نافذة لإعادة الإنسانية إلى الطب، وكيف تؤثر في حياتهم المهنية؟ وممارستهم العملية، وتأثيرها في دورهم الوظيفي، وعلاقتهم بالمرضى، وهو منظور جديد في الممارسة الطبية الحديثة يدعى "Autoethnography" ويعني كتابة السيرة الذاتية المرضية للمعاناة: وهو أحد البحوث النوعية الحديثة التي تعالج كتابة المعاناة الشخصية للملاكات الصحية لإغناء الممارسة الطبية. ومن المفيد أن يُكلّف الطلبة والملاكات الصحية بكتابة معاناتهم كمرضى، وكيف واجهوا الضعف البدني الذي اعتراهم في أثناء مرضهم؟ وما الخبرات التي اكتسبوها من جراء ذلك؟ وكيف وظفوها لرعاية مرضاهم؟

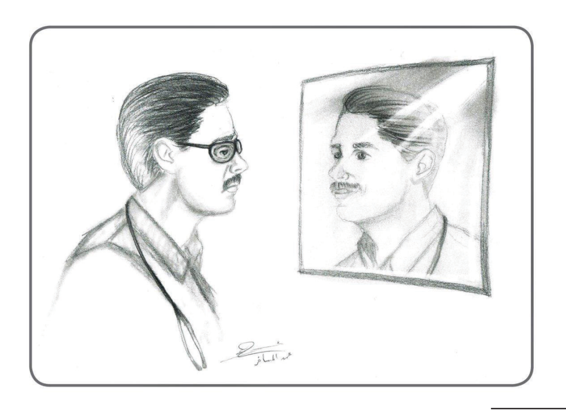
مثال: حوار الذات...

أنا خ عمري 33 سنة طبيب، أعاني من قصر في النظر، وأرتدي النظارات الطبية منذ المرحلة الإعدادية إلى اليوم، وبالرغم من أني لا أعاني منها، لكن أشكو من تدهور في درجة الرؤية، حيث يزداد سمك العدسة سنوياً، ولا أستطيع التخلي عنها إلاّ في أثناء النوم أو الاستحمام، وما يثير قلقي هو المستقبل هل هذا التدهور سيستمر؟ هل هذه الزيادة بسمك العدسة ستستمر؟ هل سأصاب بالعمى؟

لدي طموحات مازالت لم تتحقق، وأرجو أن أحققها، ومازال لدي الدافع لإكمال دراستي في الاختصاص، وراودني حل؛ هل يمكن لي أن أجري عملية تصحيح بصر بواسطة الليزك؟ تقول زوجتي أنها ناجحة، وأخي فعلها، وهم الآن بدون نظارات، لكن لربما قد يصاحبها مضاعفات، إنها العين الغالية البوابة إلى العالم، ما بعث لي الأمل هو زميلي، حيث وصف لي حالته كانت أسوأ من حالتي، وهو الآن بحالة جيدة جداً، أتمنى أن أمتلك الجرأة لأجري هذه العملية وبدأت أعذر أي مريض يرفض الإجراء الطبي الذي يصفه الطبيب....

تُرى لماذا يتأخر هذا الطبيب عن إجراء تصحيح النظر بالليزك؟

وهل يبقى عذرٌ لنا حينما يرفض المريض إجراءً نظنه صحيحاً؟



1- https://www.youtube.com/watch?v=WmbxEtfI41o

وقد يتغلب الطبيب على مخاوفه المرضية في أثناء صراعه المرير مع المرض، ويرفض أن يخضع له، ويتسامى على جراحه كما فعل الاستاذ الدكتور جعفر الكويتي الذي خلد معاناته بقصيدة عصماء منشورة في الشبكة العالمية للمعلومات يهزأ بالسرطان ويرثي نفسه رثاء الأبطال:

جسد الأستاذ الدكتور جعفر الكويتي 1 / 9/ 2001 معاناته شعراً:

https://www.youtube.com/watch?v=-y0NDQRycC4

إليك أكتبُ
والسرطان ينهشني
ويخيط لي كفني
يهشم أضلعي
يجفف أدمعي
يقتات من كبدي فيقتلني
ولم أمت
لأن في أنفي شموخ الصابرين
وفي دمي عاصفة
تنزف من ألحانها قصائدي
سأصنع من جليد الصبر مفتاح إلى القمة
فأرقاها
وأرسي فوقها علمي
أنا الجندي يا وطني
أنا العزُ
أنا النصرُ
أنا المجدُ
أنا الفخرُ
أنا آبن الرافدين الأصيد الحرُ
أنا آبن الكوفة الحمراء
يا وطني

كتابة السيرة الذاتية المرضية للأطباء كقصة قصيرة أو رواية مرضية Autoethnography

قصة حقيقية ومعاناة مريرة، أنقلها مثلما حدثت لزميل طبيب من منظار معاناته المرضية بشخوصها، وابطالها لكن بأسماء مختلفة، حفاظاً على بعض الخصوصية عند ذكر اسم شخص، إذ ليس من حق أي إنسان أن يتكلم نيابة عنه، ويمكن الاستفادة من هذه التجربة الواقعية من نواحٍ متعددة:

أولاً، على المستوى الشخصي، وتجربته العملية، والدروس التي استفادها منها؟

ثانياً، على المستوى الاجتماعي، كيف نظر الآخرون من الأهل والأصدقاء لما حدث، وما موقفهم؟

ثالثاً، دراستها والاستفادة منها؛ لفهم معنى المعاناة، ولاسيما لطلبة الطب، أطباء المستقبل

وهذه حكاية زميلنا الطبيب المريض...

اني الطبيب (ف.خ)[1] عمري 37 عاماً سأتكلم عن قصة معاناة حقيقية حدثت لي بعد فترة وجيزة من حصولي على شهادة الدبلوم العالي في طب وجراحة العيون، الفترة التي كنت فيها في قمة العطاء والاندفاع والهمة في مجال عملي في جراحات العيون الدقيقة. تعرضت في وقتها لحادث حرق في الكفين بعد محاولتي إطفاء حريق نشب في بيتنا، نُقلت بعدها مباشرة إلى مستشفى حروق قريبة، بدأت بعدها أشعر بألم شديد تصاعد تدريجيًا وأنا في الطريق للمستشفى، أصبح الألم لا يحتمل، حتى بدأت أصرخ من قسوته، أطلّع على حالتي الطبيب المقيم الخافر هناك، وارسلني لغرفة الضماد، وفي هذه اللحظة بدأت أعاني العذاب الحقيقي، عندما باشر الممرض باقتلاع طبقات الجلد المحروقة الميتة، لقد كانت من أتعس لحظات حياتي وأشدّها ألمًا، لم أكابد مثله من قبل، ومع كل جزء كان يقتلعه كنت أحس وكأن روحي تخرج مني، وكنت آمل في تلك اللحظات أن ينتهي التضميد فقط، أحسب الثواني حتى يذهب الألم.

بعد الضماد، لُفّت يداي بلفاف ووصفت لي مضادات حيوية مع بعض المسكنات، رجعت إلى البيت ولازلت اعاني من ألمٍ شديد، وتناولت بعض المسكنات البسيطة ظنًا مني أنها ستفي بالغرض، وسيقل الألم، لكن هيهات، لقد كانت ليلة عصيبة جدًا عليّ، لم أذق طعم النوم فيها، ولا ثانية من شدة الألم. مما أضطرني لتناول مسكنات قوية عن طريق العضل، بل وصل الأمر إلى تناول بعض الأدوية المخدرة من دون جدوى، والألم يزداد حتى كدت أفقد وعيي.

كان كل أملي في تلك اللحظات أن اغفو ولو 5 دقائق أو أن أرتاح من الألم ولو لدقيقة. وفي اليوم التالي، يوم العذاب الثاني يوم تبديل الضماد، ذهبت إلى المستشفى نفسه والممرض نفسه، كونه ممرض متمرس وذو خبرة في معالجة حالات الحرق، وعدت للمعاناة مرة أخرى حين رفع الضماد، وكنت أشعر وكأن سكاكين تدخل صدري، وظننت أنّ الأمر لن يطول وسينتهي بهذا الضماد، ولكن المفاجأة أن الطبيب اخبرني أنني احتاج عشر مرات تغير ضماد في الأقل بين يوم وآخر، وبدأ الألم يخف تدريجيًا، أو يبدو أني تعودت عليه، ولكن بدت تبرز معاناة من شكلٍ آخر لم أكن أعيها من شدة الألم في الأيام السابقة، وهي تقييد كفيّ بالضماد، ولا استطيع فعل أي شيء: وإذا أردت أن أشرب أو أكل شيئ استدعي زوجتي، واذا اتصل بالجوال استدعي زوجتي، وشعرت بالعجز التام وقتها، وتفاقم

1- د. زيد جنان بطرس، برنامج أنسنة الخدمات الطبية، دورة أدب الحوار الطبي الخامسة، 2018، دائرة صحة نينوى.

هذا الشعور إلى أن وصل حد القرف من نفسي عندما استدعيت زوجتي لتساعدني في تنظيفي بعد قضاء حاجتي، وكان شعورًا سيئًا للغاية، لا يمكن أن اصفه بكلمات، كانت تجربة مريرة جدًا بكل معنى الكلمة.

مرت الأيام وأنا على هذه الحالة المزرية. وفي التضميدة الخامسة، ذهبنا إلى المستشفى قاصدين الممرض المتمرس نفسه، لم نجده واضطررت لمراجعة ممرضًا آخر، وكان شابًا في العشرينات من عمره المديد، ويبدو عليه حديث العهد بالمهنة، بدا لي وكأنه بعمر ولدي، لقد عانيت في أثناء التضميد من الآلام ووجع شديدين لم أعاني مثلهما سابقًا، وحاولت أن أصبر قدر الإمكان، ضغطت على نفسي كثيرًا، لكن لم أستطع من أن أمنع نفسي من الصراخ من شدة الألم. انفعلت زوجتي التي كانت ترافقني قليلاً، وقالت للممرض بأسلوب متزن "**على كيفيك عليه اخوية ترى هذا طبيب اختصاص وأنا هم زوجتة وطبيبة**" فكان الجواب الصادم للممرض الذي كان وقّعُه عليّ أشد باضعاف من كل أوجاعي" **انتو اطباء بالمستشفى مالكم بس مو يمي، انتم اهنا مرضى يلله اطلعي برة وخليني اشوف شغلي، ثم التفت إليّ وقال: وانت شدعوه اخ واخ قابل جاهل صغير لو حرمة عدها ولادة**" تلك الكلمات اشعرتني بالإذلال لم اختبره طوال عمري، وتأتي من شاب بعمر ابني، وأنا لاحول لي ولا قوة وهو يستغل ضعف حالتي لإظهار تسلطه عليّ. كانت ليلة عصيبة أخرى لم اذق فيها طعم النوم، ليس بسبب الوجع الجسدي فقط بل بسبب الألم النفسي الذي تركه في نفسي ذلك الشاب، وأنا أرى زوجتي تذرف الدموع أمامي طول الليل، وأنا عاجز عن فعل شيء لها. آه... آه كم تمنيت الموت في تلك اللحظة، ماذا سيحصل لي أكثر من ذلك مستقبلاً، اهتزت صورة جراح العيون البارع أمام زوجتي وأمام نفسي قبلها، وبدأت أقول لنفسي: لماذا درست وتعبت طول السنين؟ حياتي بدون معنى، يا رب خذني. ومضت الأيام وانتهت مرحلة الضماد المغلق، لتبدأ مرحلة الضماد المفتوح، وكنت أعتقد أن الأمر انتهى، وقررت العودة لممارسة العمل بعد أن سمح لي الطبيب المشرف بممارسة العمل في الاستشارية فقط لكن من دون إجراء العمليات الجراحية للمرضى، لم استوعب كلام الطبيب الذي كان يعالجني على محمل الجد حتى أني لم اتذكره إلى اليوم التالي.

وفي اللحظة التي قررت فيها إجراء عملية صغرى، وهي رفع جسم غريب من عين مريض تناولت الآلة الخاصة لرفع الجسم الغريب، وهنا كانت الصدمة شعرت بوخزة كهربائية في أصابع يديّ، وإحساس غير طبيعي لم أعد اتحسس الأشياء بشكل صحيح، النهايات العصبية بطرف أصابعي بدت ترسل إشارات غير صحيحة للدماغ عن الأشياء التي المسها نتيجة الحرق، يا إلهي ما هذا اصبحت عاجزًا عن إجراء أصغر وأبسط عملية في العيون، وأنا الجراح الماهر، اضطررت لمناداة المقيم الذي كنت ادربه. وهنا كان موقف آخر صادم بحياتي، لقد اهتزت صورتي امام المقيم المتدرب عندي، وكأن لسان حاله يقول: أهذا هو الجراح الماهر الذي أتمنى التدرب تحت يده!؟ أنه عاجز عن رفع جسم غريب من العين.

صدمة أخرى اضطرتني لترك العمل والجلوس في البيت من جراء انهيار حالتي النفسية يوم تعيس آخر في حياتي. لقد ضاع تعب كل السنوات التي قضيتها وأنا أسهر الليالي وأواصل الاجتهاد والمثابرة لتعلم فنون جراحات العيون، يا الله لقد ضاع مستقبلي. وبدا الإحساس الغريب في اصابع يدي يزداد حتى وصلت مرحلة عندما المس شخص احس بوخزة كهربائية، ولم أعد قادرًا حتى على لمس اطفالي أو زوجتي. كنت أتشبث بأي طريقة يمكن لها

أن تُرجع الإحساس والمرونة لأصابعي بأسرع وقت ممكن. استنفذت صبري على الرغم من معلوماتي من دراسة الطب وممارسة علاج الحروق في فترة اقامتي الدورية، وأن هذه الحالة تحدث كثيرًا بعد الحروق بسبب ضرر النهايات العصبية، لكنها ما تلبث أن تتجدد وتبنى الخلايا من جديد بعد بضعة أشهر، يبدو أن الصدمات المتكررة أفقدتني علمي وثقتي بالكتب التي قرأتها وأقدمت على خطوة قد يستغربها الكثيرون من طبيب اختصاص مثلي، لقد التجأت إلى الطب البديل والشعوذة وأنا كنت سابقًا من أشد محاربيها لكنها بالطبع لم تجدِ معي أي نفع. والمرحلة التي أعقبتها كانت بداية الانفراج التي بدأت مع تشجيعات الأهل والأقارب والأصدقاء في زياراتهم المتكررة لي التي كان لها الأثر الكبير في رفع معنوياتي.

ولكن حدث لي موقفٌ بعدها لن أنساه، وأنا في السوق أقترب مني أحد المسنين وسلم عليّ قائلاً: مرحبا دكتور تتذكرني؟ أنا أبو علي الذي راجعتك في العيادة، وأنت رفعت من عيني جسم غريب "**دخلت بعيني حديدة وانت شلتها هسة انا كلش زين بفضلك، كنت راح اعمى لو ما انت حتى بوكتها ما قبلت تاخذ مني كشفية گلت روح حجي انت مثل والدي وحالتك طارئة كلشي ما آخذ منك** " وأنا ممتن لفضلك عليّ، ثم استرسل وبعدها دكتور راجعت العيادة لأقدم لك هدية على سلامتي ولكن كانت العيادة مقفلة وظننت أنك تركت العيادة، لماذا تركت العيادة؟! فأجبته؛ والله حجي ظروف، فرد عليّ مبتسمًا خير إن شاء الله دكتور... ارجع...ارجع ترى نصف سكان المحلة ستتضرر عيونهم لأن أنت ما موجود تعالجهم. كانت كلمات بسيطة من شخص بسيط غيرت حياتي ورفعت معنوياتي إلى اقصى درجة، ولا تزال الكلمات ترن في آذاني في كثير من المواقف. وبعد بضعة أشهر وكما هو متوقع علميًا، وبعد التزامي بالتمارين والعلاجات رجع لي الإحساس الطبيعي، لم يعد هنالك أي تحدد في حركة اصابعي مع مرونة تامة، ومن دون أي آثار حرق في يدي والحمد لله... وعدت لممارسة عملي الجراحي تدريجيًا وبوتيرة متصاعدة وصلت إلى درجات أعلى وأفضل مما كنت عليه قبل الحادث.

الدروس المستنبطة من هذه التجربة:

- الألم الناتج عن الحروق ألم شديد جدًا لا يستهان به أبدًا، ويجب أن يعالج بصورة علمية دقيقة.
- لا تنظر للمريض على أنه علامات سريرية أو أرقام فحوص مختبرية فقط، وإذا تحسنت الأرقام معنى ذلك أنّ المريض بخير، بل عالج الأعراض أيضًا وبالدرجة نفسها من الأهمية، عالج المريض كوحدة متكاملة مع مراعاة خصوصية كل مريض واختلافه في التعبير عن شدة الأعراض.
- القراءة الأكاديمية والنظرية وحدها لا تعني أي شيء للطبيب من دون الممارسة العملية.
- التعاطف مع ألم المريض وتشجيعه في أثناء مرضه مهم جدًا جدًا وعلى جميع مسارات العلاج، وعلى العكس منها التقليل من أهميته والتصغير من شأنه وعدم الاكتراث بمشاعر المريض يترك اثرًا سلبيًا عميقًا جدًا وأذًى كبيرًا أكبر بكثير مما نتصور على نفسية المريض مما يؤثر في مسار العلاج ككل.
- أي كلمة نهر أو استهزاء تبدر من الطبيب في أثناء المقابلة الطبية أو الفحص قد تغير مسار إنسان بل وأحيانا مسار عائلة بأكملها نحو الانهيار.

- عدم وضع اللوم أو الاستهزاء بمن يلتجئ إلى طرق غير طبية للعلاج، فالمرض قد يجعل المريض يفقد صواب مهما كان مستواه العلمي، بل يجب محاولة إقناع المريض بأساليب إنسانية بالابتعاد عن تلك الطرق غير العلمية واللجوء إلى الأساليب العلمية الطبية.
- ما تفعله من خير مع الناس يعود لك في فترة من الفترات.
- كلمات بسيطة تشجيعية منك قد تغير حياة إنسان نحو الأحسن، لاحظ كيف كان تأثير كلمات شيخ بسيط ذو تعليم محدود على كيان طبيب اختصاص بكل علمه وثقافته. فكيف لو كنت أنت الطبيب الذي تبدر منك كلمات تشجع المريض والتي سيكون وقعها أكبر بكثير بكل بالتأكيد.

لقد أثرت تلك التجربة تأثيرًا إيجابيا على ممارستي لمهنتي حسب الاتي:

- اصبحت أتذكر أوجاعي مع كل مريض يراجعني وهو يعاني من معاناة وألم، وأتعاطف معه تعاطفًا كثيرًا، ولا أستهين بمشاعره بتاتًا.
- أصبحت أتذكر كيف أن كلمات الممرض الشاب كانت قد جرحتني، وينبغي أن أتجنب أي انفعال أو أية نبرة تعالٍ في كلامي على المرضى في أثناء المقابلة الطبية أو الفحص، فالكل أناس مثلي ولديهم مشاعر واحاسيس ومن المستحيل أن أرضى بالذي جرى عليّ أن يصيب غيري وبسببي.
- اصبحت أكثر صبراً وتحملاً على ضغوط العمل.

لذلك يمكن توظيف السيرة الذاتية المرضية للطبيب في الممارسة العملية وأداة تعليمية مهمة للطلبة لتنمية الاهتمام بالجانب الإنساني للمريض فضلاً عن دورها في فهم معاناة المريض مرضه. "19"

الأسئلة:

1 - ما الدروس المستفادة من السيرة الذاتية المرضية أعلاه؟

2 - يكتب كل شخص سيرة ذاتية مرضية، تصور معاناة ذاتية، أدت إلى تحسن أداؤه الوظيفي وتدوين التغيرات التي حدثت في ممارسته العملية بعدها.

3 - يتبرع بعض المتدربين مشاركة معاناتهم مع المجموعة الكبيرة.

4 - تناقش المجموعة الدروس المستفادة من المعاناة.

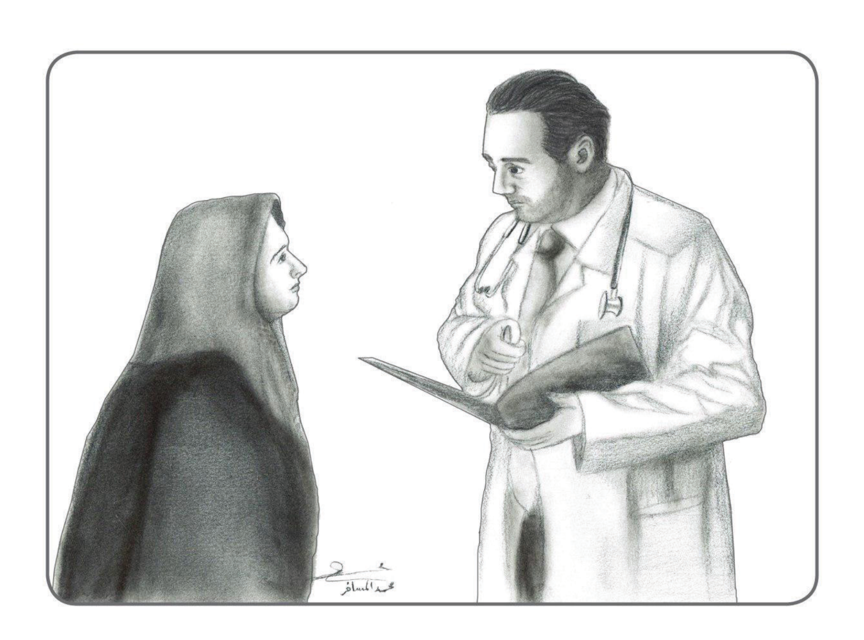
المصادر

1. Rita Charon, http://ce.columbia.edu/narrative-medicine download Nov 5 2016
2. Stimson GV and Webb B. Going to See the Doctor. Routledge and Kegan Paul, London, 1975.
3. QUAH S R, Illness Behavior In The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society, 1st Edby John Wiley & Sons, Ltd, 2014.
4. عبدالسلام سلطان، المقابلة الطبية الحديثة وتقنياتها الأساسية 2001 بغداد وزارة الصحة العراقية
5. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Science. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
6. مبادئ الأخلاقيات الطبية في المؤسسات الصحية العراقية، مطابع العيادات الشعبية، 2015.
7. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J,

مهارات الاتصال مع المرضى، كتاب منهجي مترجم ترجمة "عبدالسلام صالح وطارق المبارك"، طبع في رادكليف اكسفورد لندن، 2010.
8. Helman CG. Disease versus illness in general practice. J R Coll Gen Pract. 31: 1981:548-52.
9. Mishler E G. The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews,1984, Albex publishing corp, 1984.
10. Kleinman A, Eisenberg, L. and Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med. 88: 1978: 251-8.
11. Fortin, A.H., Dwamena, A.H., Frankel, R.M., Smith, R.C., The Middle of the Interview: Patient-Centered Interviewing, Chapter 5 In: Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, 3rd edition. 2012, McGraw-Hill.
12. Lipkin, M., The Medical interview and related skills, In: office practice of medicine, W.T. Branch, Editor. 1987, Philadelphia: W.B. Sounders, p. 833-839.
13. Epstein, R. M. Mindful practice. JAMA, 282(9): 1999: 833-839.
14. Larson, D.B., et. al., Mortality and religion/Spirituality: a brief review of the research. Ann. Pharmacother., 2002; 36(6): 1090-1098.
15. حسين سرمك حسن، موسوعة الأخلاق الطبّية والسلوك المهني للأطباء – دمشق – دار تموز 2013.
16. Sultan ASS, Published in Arabic, The Art of Medical Dialogue in Medical encounter, 3rd. edition, a Communication Skills Textbook for Training Centers at Ministry of Health, 2019.
17. Farrell L., et. al., Autoethnography: introducing 'I' into medical education research. www.mededuc.com, 18 September 2015 https://doi.org/10.1111/medu.12761. Download 16 Aug. 2018.
18. Pellegrino ED. Being ill and being healed: some reflections on the grounding of medical morality. Bull N Y Acad Med. 1981 Jan–Feb;57(1):70–9.
19. Defenbaugh NL. "Under Erasure": the absent ill body in doctor—patient dialogue. Qual Inquiry. 2008;14(8):1402-24.

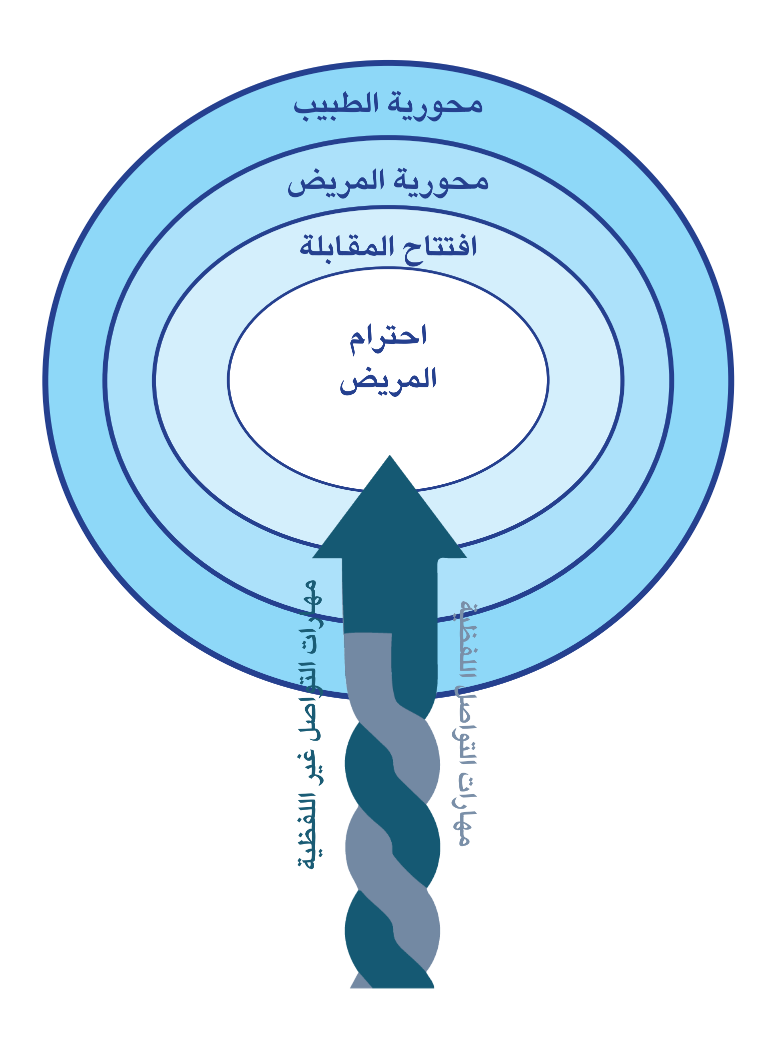
الرواية المرضية: الجزء الثاني "محورية الطبيب"

إن ممارستنا اليومية للطب نادرًا ما تعاني من صعوبات علمية نظرية صرفة، وإنما تعاني من اغفال طبيعة المرضى ومعاناتهم، والحذف غير العلمي للبيانات السريرية. لورنس وييد



سنتناول في هذا الجزء الأعراض المرضية من الوجهة الطبية، وتحليلها والاستفسار عن الأعراض العامة وملخص أعراض أجهزة جسم الإنسان والمعلومات المساعدة ذات العلاقة: التاريخ المرضي السابق، والتاريخ المرضي العائلي، والتاريخ الاجتماعي والنفسي، والتاريخ الصحي النسائي والمخاطر الصحية والإجراءات الوقائية التي يتخذها المريض، بمهارات مختلفة عن مهارات الجزء الأول من الرواية المرضية، وهنا يحتاج الطبيب إلى إدارة الحديث وملء الفراغات من المعلومات الضرورية في التاريخ المرضي الذي ذكره المريض عند روايته لمرضه.

وتتشابه المعلومات التي يجمعها الطالب المبتدئ في مرحلة محورية المريض مع الطبيب الخبير، وتبرز مهارة الطبيب الخبير في هذه المرحلة، والتي تتطلب معرفة نوعية الأسئلة التي سيعرضها على المريض، اعتماداً على رواية المريض وتفسيره المنطقي لمعنى معاناة المريض، وقابليته في تحويل كلام المريض إلى بيانات طبية يمكن الاعتماد عليها في الاستنتاج السريري والتشخيص.


محورية الطبيب
محورية المريض
افتتاح المقابلة
احترام
المريض
مهارات التواصل غير اللفظية
مهارات التواصل اللفظية

1 - الأعراض المرضية

أكثر عرض يشكو منه الناس التعب "Tiredness"

Frederic Platt

إن الأعراض التي تجعل الإنسان يقلق على صحته ويستشير ذوي الخبرة كالأطباء هما اثنان: الألم والنزف.

خالد ناجي "1"

تناولنا في بداية الرواية المرضية كيف يبدأ الطبيب بالإنصات وتسليم إدارة الحديث للمريض، لعرض معاناته وأعراضه والمعلومات الطبية التي حصل عليها من مراجعاته السابقة، ويلحظ أن بعض المرضى لا يعرف أهمية الأعراض المرضية التي يعاني منها، لذلك يبدأ حديثه بذكر التشخيص المرضي الذي سمعه من أحد المعالجين المحليين، أو الأطباء السابقين، أو يبدأ بطلب بعض الإجراءات السريرية أو الفحوص المختبرية أو الشعاعية أو السونار لتأكيد التشخيص الذي في ذهنه! لذلك يحتاج الطبيب أن يتأنى وينصت إلى حديث المريض، ويربط بين حديث المريض وما يروم الحصول عليه، ويبدأ بسؤال افتتاحي، مثال شائع:

المريض: دكتور اريد سونار؟
الطبيب: ما الداعي لذلك؟
المريض: قال لي المضمد بأن أجري فحص سونار؟
الطبيب: حسناً، ما الذي شكوت منه وحصلت على هذا التشخيص؟
المريض: عند مغص وحرقة البول "بولتي تحرگـني"

وفي هذه المرحلة، يبقى تركيز الطبيب على البحث عن الأعراض التي ذكرها المريض وتحليلها مع جمع البيانات الضرورية عن تاريخ الحالة المرضية التفصيلية ومشكلات المريض الأخرى.

ويأتي التحري عن الأعراض المرضية بعد الإنصات للمريض في المرحلة الأولى من الرواية المرضية، والتي سنحصل منها على معلومات مفيدة، ولكن نادراً ما تؤدي إلى التشخيص، لذلك يحتاج الطبيب إلى تمييز رواية المريض التي تتضمن أعراضاً عن أفكاره ومعاناته وتحويلها إلى أعراضٍ طبية ومن ثمَّ تحليلها " 2".

وفي جميع هذه المراحل ينبغي أن يستعمل الطبيب مهارات مركّزة "محورية الطبيب Doctor Centered Skills" عند التحري عن هذه المعلومات " 3" وتشمل:

- تحويل مصطلحات المريض الشعبية إلى أعراض، مثال:

المريض: دكتور راسي راح ينفجر؟
الطبيب: ماذا تقصد؟
المريض: راسي يوجعني، هيج اريد اضربه بالحايط حتى ارتاح...
الطبيب: صداع يعني؟
المريض: أي صداع مدا اتحمله...

- الإعادة الحرفية "Echoes"، إعادة ما يقوله المريض بالضبط للتركيز على الموضوع، مثل: تعاني من صداع؟ أكمل، وهنا سيُركز المريض حديثة بالصداع وحسب توجيه الطبيب.
- طلب التوضيح بسؤال مفتوح "Requests"، يبدو أن هذا الأمر مهمّ، وضح لي ذلك؟ سؤال توجيهي للبقاء في الموضوع قيد البحث ولا ينتقل لغيره، مثل: عانيت من الصداع في أثناء سفرك إلى البصرة، وماذا حدث بعد ذلك؟
- التلخيص "Summaries"، تلخيص ما قاله المريض، والذي ناقشناه نقاشاً مفصلاً في تقنيات الحوار الأساسية.
- تقنية القمع "Coning down"، وتبدأ تقنية القمع بالأسئلة المفتوحة ثم المحددة وتتدرج ببطء إلى أن تصل إلى الأسئلة المغلقة، لتوضيح مفردات المريض المستعملة والحصول على المعلومات الناقصة. "4"

ويجب أولاً التعريف ببعض المصطلحات في هذا المجال:

العرض المرضي "Symptom": مؤشر شخصي يعرضه المريض على الطبيب تعبيراً عن مشكلة أو اضطراب. والأعراض؛ هي المجال المعرفي الشخصي للمريض الذي لا يشترك معه أحد في وصفه والتعبير عنه، مثل: ألم الصدر، والصداع، وضيق التنفس، الذي يشعر به المريض ولا يستطيع المراقب للمريض ملاحظته. ونادراً ما يلحظ محيط المريض - العائلي أو المهني – بهذه الأعراض قبل أن يشعر بها المريض، مثل: الشخير.

العلامة المرضية "Sign": مؤشر موضوعي على وجود مشكلة أو اضطراب يلاحظه الطبيب في أثناء فحص بدني المريض وقد يلاحظه المريض أو ذويه، مثل الازرقاق "Cyanosis" والوذمة "Edema" والإيلام "Tenderness".

البيانات الثانوية "Secondary Data" : المعلومات التي يذكرها المريض مثل أسماء الأمراض التي سمعها من المراجعات السابقة، وأسماء الأدوية التي يتناولها، وقد يذكر نتائج التحاليل المرضية والشعاعية التي أجراها، والتي يجب الحذر من قبولها قبل التأكد من صحتها.

البيانات الثالثية: معلومات من مصادر أخرى مرافق المريض، رسالة من طبيب، ملف المريض السابق.

المصطلح الطبي الشعبي والاستعارات الثقافية: وهي الكلمات والتعبيرات الوصفية المحلية المتداولة لشرح المريض لمعاناته، لذلك على الطبيب تعلم هذه المصطلحات وفهم ما يقصد المريض بها فهماً دقيقاً، ويحولها إلى أعراض قبل أن يطلب من المريض مناقشتها من حيث أهميتها الطبية.

وغالباً ما تعترض الطبيب الألفاظ الشعبية والاستعارات المحلية للتوصل إلى حقيقة العرض الذي يعاني منه المريض، إذا لم يدرك أهمية تفسيرها. وفي هذه المرحلة، وينبغي تحويل تعابير المريض الشعبية واستعاراته الثقافية المحلية إلى أعراض طبية "6،5"، يتمكن الطبيب من وصفها وصفاً دقيقاً يتلاءم وقائمة أعراض الأمراض المعروفة بـ "Review of Systems" ليصل إلى التشخيص، وقُسمت الأعراض بحسب الأجهزة البدنية المختلفة، ولا يعني أن كل عرض يمثل مرضاً معيناً، ولكن عندما يجمعها الطبيب بطريقة سريرية قد نصل إلى التشخيص أو نقترب منه.

أمثلة

عندي لتبة: ألم موضعي من اللتب غرز الرمح - Localized Pain

أنت مثل ابويه ... ما الحگ على ادراري: إلحاح التبول - Urgency

ذب من راسه: وصف للتقيؤ - Vomiting

روحي ذابت: وصف للغشي –Blackout

أبني يهد ويرد: وصف للتقيؤ والإسهال – Vomiting and Diarrhea

صدري يوصوص: أزيز الصدر - Wheeze

غادي بديد: وصف نحول – Fatigue

فراشي ضعيف: كناية للعنة – Erectile dysfunction

لزمتني صفحتي: ألم الخاصرة – Loin Pain

أيدي ما تاخذ بريج: كنايى للإمساك - Constipation

من أمشي احس مجتف: تصلب العضلات - Rigidity

ويمكن تقسيم الأعراض إلى:

- الأعراض الحادة: أي الطارئة التي تظهر وتتطور تطوراً سريعاً وغالباً ما تختفي في بضعة أيام.
- الأعراض المزمنة: تلك الأعراض التي تظهر وتتطور ببطء، وتختلف فيها مدة المرض من الأسابيع إلى الشهور والسنوات، وبعضها يلازم المريض عمره كلّه.

وبعد أن يتحدد العرض بوضوح، يجب على الطبيب أن يتعرف على تسلسل الأحداث والأعراض بدقة قبل تحليل العرض الرئيسي وخواصه التفصيلية. ولفهم العرض فهماً دقيقاً، نحتاج إلى معرفة الأوصاف السبعة المميزة له؛ بداية العرض والتسلسل الزمني، ومكان العرض واشعاعه، وطبيعته، قساوته أو درجته، الأعراض المشاركة، الظروف التي حدثت فيها العرض، وأخيراً العوامل المحرضة والمثبطة له. وتمثل هذه المزيات الأبعاد الكلاسيكية السبعة للعرض المرضي. وبعد تحليل العرض الرئيسي الدقيق هناك مرحلة مراجعة اعراض الجهاز ذات العلاقة آنيًا قبل الانتقال إلى مهام أخرى أو تركها في نهاية المقابلة مع مراجعة أجهزة الجسم الشاملة "Review of systems". مثل حينما يعاني المريض من سعال نحتاج إلى أن نسأله عن الأعراض الأخرى للجهاز التنفسي : القشع والنفث الدموي وألم الصدر.

كيف تصف العرض المرضي:

1 - مسار العرض من بدايته وتسلسله الزمني:

متى بدأ؟

وكم يستمر؟ أحاد أم مستديم؟

ونوبات؛ طويلة أم قصيرة؟

دورية العرض وتواتره وتكراره ؟

2 - المكان والاشعاع والانتقال، مكانه بالضبط؟ وهل هو سطحي أم عميق؟ محدد أم واسع الانتشار؟ وهل يشع إلى مكان آخر أم ينتقل إلى مكان آخر.

3 - طبيعة العرض، مثل الألم: ماذا يشبه؟ وهل الوصف وارد أم وصف غريب؟

4 - قساوة أو درجة العرض مثل الألم: قساوة الألم يمكن قياسها بسؤال المريض لتحديد درجة الألم من صفر10-، والدرجة صفر لا ألم، و10 لا يطاق وكأنه جرح من دون تخدير، ويمكن قراءة تعبير وجه المريض وتقدير شدة الألم كما في الصورة المرفقة.

صفر= لا ألم - 2= ألم خفيف، بسيط. - 4 = مزعج. - 6 = مؤلم

8 = قوي ، حاد. - 10 = لا يحتمل، لا يطاق.

- تطور قسوة الألم منذ بدايته؟ وتدّرجه

- هل صاحبه شلل "عطل وظيفي" أم وهن "ضعف" مع الألم.

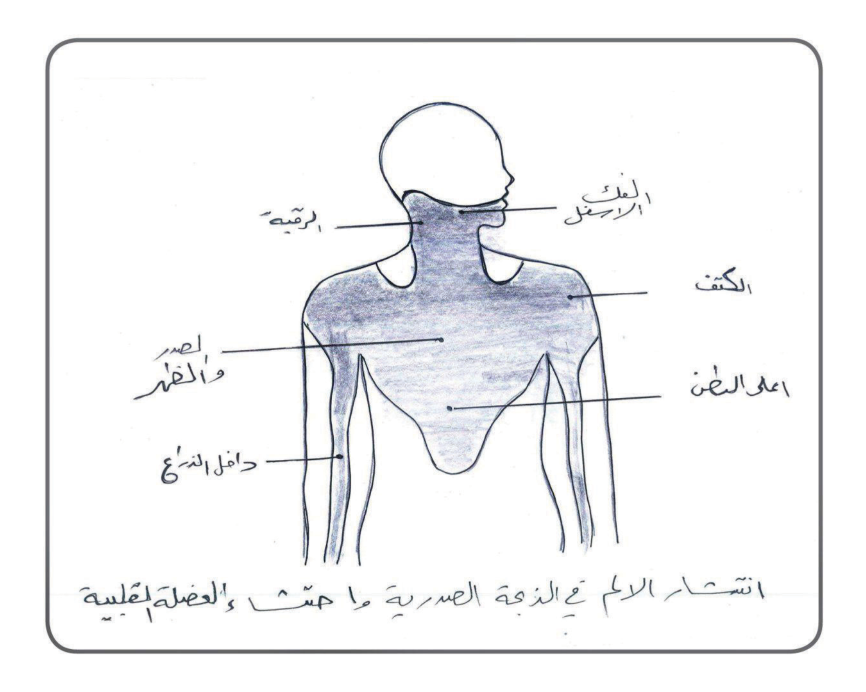
- وصف عددي للنوبات؛ عدد النوبات، ودرجتها ومدتها؟

5 - الأعراض المشاركة، هل لاحظت أعراضاً أخرى معه؟

6 - الظروف التي تؤدي إلى العرض أو تُظهره؟ العوامل البيئية، الاجتماعية، النشاطات، العواطف.

7 - العوامل المؤثرة: ما الذي يحرض على ظهور العرض "المحرضة"؟ وما الذي يثبط ظهور العرض "المثبطة"؟

مثال ألم الذبحة الصدرية: يحدث بسبب قلة تروية القلب



i. مكان الألم: أولاً خلف عظم القص.

ii. يشع للخلف، الفك السفلي، الاكتاف والذراع الأيسر أو الذراعين، المعدة وقد يفسره المريض بعسر الهضم.

iii. يتكرر بنوبات يتوقع حدوثها المريض ويحاول تجنبها.

iv. طبيعة الألم: ضاغط، خانق، عاصر، حارق، ثقيل، وهذا الألم له أكثر من 20 وصفًا.

v. العوامل المحفزة: الجهد، الأكل، العواطف، البرد. ويختلف عن ألم احتشاء العضلة القلبية الذي يحدث عند الراحة ولا يزول بها.

vi. العوامل المخففة: حب الانجسيد، يزول بالراحة بعد بضعة دقائق.

vii. مدة الألم: 1-5 دقيقة

viii. درجة الألم: لا يطاق ولا يتأثر بالتنفس والسعال وتغير وضعية الجسم.

ix. الأعراض المشاركة: التعرق البارد، الإرهاق الشديد.

x. الظروف التي تؤدي إلى الذبحة الصدرية: تقدم العمر، الذكورة، ارتفاع نسبة الدهون، السمنة، ارتفاع ضغط الدم، التدخين.

وسنتناول هنا بعض المميزات التشخيصية للأعراض

- مسار العرض منذ بدايته والفترات بين حدوثه: لبداية ظهور العرض والفترات بين نوباته أهمية تشخيصية معتبرة. والعرض الحاد يبدأ فجأة، ويدل على مرض حاد، وليس ضرورياً أن تكون له علاقة بخطورة الحالة المرضية، وقد يصف المريض بدء الحالة بتطور تدريجي، فمثلاً: يصف المريض المصاب بعجز القلب أن ضيق التنفس بدأ تدريجياً، ولكن ألم الصدر والنفث الدموي جاء حادّاً، وحينما يعاني المريض من سعال قبل ستة أشهر وتتكرر نوباته يومياً أو بين يوم وآخر، فإنه يشير إلى أن هناك علة رئوية مزمنة كالتهاب القصبات المزمن أو التدرن أو السرطان. وحينما يعاني المريض من سعال حاد ومستمر منذ يومين فإنه يشير إلى علة رئوية حادة كالتهاب القصبات الحاد أو ذات الرئة. كما تُلاحظ بداية صداع الشقيقة في أوقات خاصة أما الصداع التوتري أو ورم الدماغ فإن الصداع مستمر ويومي.
- مدة العرض: Duration of symptom لمدة العرض أهمية تشخيصية قصوى، لذلك يجب تحديدها تحديداً دقيقاً، فمثلاً عندما يعاني مريض مصاب بألم صدر شديد خلف عظم القص لمدة 1-5 دقائق يوحي بنوبة ذبحة صدرية "Angina Pectoris" من دون احتشاء العضلة القلبية، وحينما يستمر هذا الألم لأكثر من ساعة فإنه يوحي بالنوبة القلبية " احتشاء العضلة القلبية، Myocardial infarction". كما أن ألم الشقيقة يتراوح من 1-12 ساعة في حين يستمر الصداع التوتري وورم الدماغ لمدد طويلة.
- دورية العرض وتردده Periodicity: لنمط ظهور العرض المرضي دلالة تشخيصية مهمة، مثل الأعراض المشاركة لدورات الوظائف البدنية كالأعراض ما قبل الحيض مثل نوبات داء الشقيقة، وحساسية الأنف والربو لها نوبات فصلية، وأن نوبات حمى الملاريا لها قوة تشخيصية كبيرة، يعاني المريض من قشعريرة شديدة وارتجاف البدن تعقبها نوبات من الحمى وتعرق غزير في كل 48 ساعة في الملايا الحميدة.

وأدناه قصيدة المتنبي وهو يصف الملاريا قبل أن يعرفها التشخيص الطبي.

وهي تصف حالته مع حمى الملاريا التي أصابته فلا يجد لها دواء ولا سلوى إلاّ في الشعر..

وزائـــرتـــي كـــأن بـهـا حـيـاء	فـلـيـس تـــزور إلا فـــي الـظـلام
بـذلـت لـهـا الـمـطـارف والـحـشـايا	فـعـافـتـهـا وبـاتـت فـي عـظـامـي
يـضـيـق الـجـلـد عـن نـفـسـي وعنها	فـتـوسـعـه بـأنـواع الـسـقـام
إذا مـا فـارقـتـنـي غـسـلـتـنـي	كـأنـا عـاكـفـان عـلـى حـرام
كـأن الـصـبـح يـطـردهـا فـتـجـري	مـدامـعـهـا بـأربـعـة سـجـام
أراقـــب وقـتـهـا مـن غـيـر شـوق	مـراقـبـة الـمـشـوق المستهام[1]

1- شرح الأبيات:
- إنها الحمّى الشديدة جاءت تزورني في الليل وكأنها فتاة خجولة لا تأتي إلا في الظلمة خوفاً من عيون الرقباء.
- لقد قدّمت لها كل شيء من ثياب فاخرة وفرش ناعمة, ولكنها رفضت كل شيء وسكنت داخل جسدي.
- ولا يكاد جسدي يتسع لها ولكنها تصرّ على دخوله ونشر الأوجاع والآلام فيه.
- يعقب مغادرتها التعرق الغزير وتخرج بوقت محدد وتتأسف لترك جسد الشاعر.
- وتأتي بأوقات معروفة ينتظرها الشاعر من دون شوق اللقاء

- مسار العرض في أثناء النوبة الواحدة ومع التوقيتات: فمثلاً عندما يعاني مريض من انسداد في أي عضو مجوف فإن الألم يزداد باضطراد لمدة ثم يأخذ بالانحسار، وبعد أن يختفي كاملاً وبفترات مختلفة تأتي نوبة أخرى من الألم بالنمط نفسه. فيصف المريض هذا الألم بالمغص، مثل المغص المعوي، والحالبي "Ureteric Colic"، وألم الولادة. كما أن ألم الشقيقة يزداد ببطء ويوصف على أنه صداع نابض.

وأن تطور مسار المرض مع الوقت له دلالة تشخيصية أيضاً، فمثلاً إنّ المريض الذي يعاني من صداع ولمدة 20 سنة من دون تغيير نادراً ما يكون بسبب ورم الدماغ، في حين أن الصداع الذي يتطور وتزداد شدته في خلال اسابيع معدودة يوحي بورم الدماغ أو مرض مخي آخر.

- موضع الألم وإشعاعه وانتقاله: لموضع الألم وانتشاره قوة تشخيصية معتبرة، لذلك يجب تحديد موضوع الألم تحديدًا دقيقًا وأين ينتشر. فمثلاً عندما يصف المريض أن ألم الصدر الذي يعانيه مستقر في مكان واحد، ولا يشع إلى أي مكان، فهذا ألم لا يحمل قوة تشخيصية. في حين إذا كان مكان ألم الصدر تحت عظم القص ويشع إلى الرقبة والفك الأسفل والطرف الأيسر الأعلى، فهذا الألم يوحي بالذبحة الصدرية. وكذلك يمكن أن نقول لألم أسفل الظهر الذي يشع إلى الردفة وخلف الفخذ إلى الجانب الأيسر من الساق وظاهر القدم ليصل إلى الأصبع الصغير، فإنه يوحي بأن هناك ضغطاً على العصب بين الفقرة القطنية الخامسة والعجزية الأولى الناتج عن الانزلاق الغضروفي. وإذا لم يبح المريض بوحاً روتينياً، ينبغي سؤاله:

- **أين مكان الألم؟**
- **وأسأل عن عمق الأم وسطحيته، هل الألم عميق أم سطحي؟**
- **وهل الألم في مكان محدد واحد أم يشع إلى مكانٍ آخر؟**

فمثلاُ إذا عانى المريض من صداع في صابره الأيسر وكان الألم سطحياً فهذا يشير إلى أنّ المريض يعاني من التهاب الشريان الصدغي "Temporal arteritis" بدلاً من أن يشخص صداعاً توترياً أو داء الشقيقة.

ولتحديد مكان العرض وإلى أين يشع، ينبغي البدء بسؤال مركز مفتوح النهاية، فمثلاً نسأل:

أيمكنك أن تصف الألم أو تشير إلى مكانه؟

فإن لم يجب المريض إجابة وافية، يمكن استعمال السؤال المغلق للحصول على الإجابة المحددة.

الطبيب: في روايتك لمعاناتك أشرت إلى أنك تعاني من ألم المعدة.

هل يمكن لك أن تصف مكانه؟ "**سؤال مركز ومفتوح** "

المريض: أنه في معدتي...

الطبيب: أين هو بالضبط؟ وأشّر عليه إن تمكنت؟ "**كن دقيقاً**"

المريض: يؤشر على أعلى وسط البطن "الشرسوف"

الطبيب: ما مساحة الألم؟ **هل يمكن أن ترسم دائرة حولها؟**

المريض: يرسم دائرة حول مكان الألم.

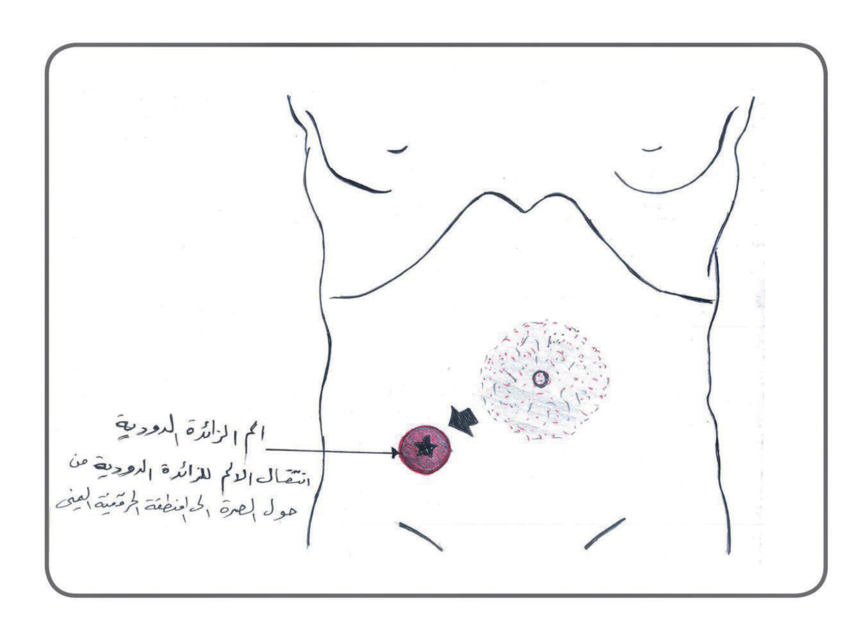
الطبيب: هل يتحرك إلى مكان آخر؟ مثل ظهرك أو صدرك "يعطي أمثلة لمساعدته على **الإجابة على ان لا تكن إيحائية.**

المريض: لا.

الطبيب: وهل الألم عميق؟ أتشعر بالألم بعمق أم على سطح البطن؟

المريض: لا، أنه عميق في الداخل.

وينتقل ألم الحمى الرماتزمية من مفصل إلى آخر، وكما ينتقل ألم الزائدة الدودية من منطقة حول السرّة إلى المنطقة الحرقفية اليمنى "Right Iliac Fossa"، ويحمل هذا الانتقال قوة تشخيصية معتبرة.



- نوعية العرض: يمكن لك أن تصل إلى معلومات تشخيصية إضافية عند معرفتك، ماذا يشبه العرض، فمثلاً يعاني المريض من ألم الصدر على شكل حرقه في الصدر، ويدل هذا النوع من الألم على ارتجاع وضعف الصمام بين المريء والمعدة. في حين، إذا كان ألم الصدر ألماً شديداً كأنه يمزق الصدر، فقد يكون ناتجًا عن انسلاخ أم الدم الأبهرية الصدرية، "Dissecting Aortic Aneurysm".

وسنصف هنا بعض الأوصاف التي تدل على التشخيص:

الحرقة؛ تدل على التهاب المعدة وقرحة الاثني عشري.

الألم العاصر تحت عظم القص: ناتج عن قصور إرواء الشرايين التاجية الحاد.

الصداع النابض: صداع الشقيقة

الألم النابض: في أي مكان دلاله على الخمج.

الألم العصبي: يشبه تنمل الكهرباء الحارق واللامع.

المغص: ألم الأعضاء المجوفة؛ الحالب والأمعاء والرحم.

التشنج: ألم العضلات الإرادية.

وحينما يصف المريض أعراضاً غريبة فتدل على أنها أعراضاً نفسية، أو توتر، وفي بعض الحالات يمكن أن تُفهم على أنها استعارات ثقافية محلية. فمثلاً المريض المصاب بالذهان "انفصام الشخصية" يصف أعراضه وصفاً غريباً جداً مثل: كأنما أشعر أن أمعائي قد تضخمت وانسدت، أو أن هناك آلة حادة في بطني، أو أنها تدفع روحي لتخرج إلى الخارج، ودائما ما تشير الأعراض غير الاعتيادية إلى أن هناك جانب نفسي في الموضوع.

وحينما يُراد التعرف على طبيعة العرض ينبغي البدء بالأسئلة المركزة المفتوحة ثم تتدرج إلى أن تصل إلى الأسئلة المغلقة.

أخبرني ماذا يشبه الألم؟

الطبيب بماذا تشعر؟ "سؤال مركز مفتوح"

المريض: حالتي سيئة.

الطبيب: حسنا كيف تصف ذلك؟ ألم حاد؟ ثقل؟ وجع؟ عند الضرورة ينبغي إعطاء أمثلة من دون التركيز على أحد الخيارات.

المريض: مثل الحرق كأن هناك نار تكويني.

- درجة العرض وقساوته: من المهم معرفة درجة العرض معرفة دقيقة لأنها تنفع في تشخيص بعض الأمراض، ويمكن قياس درجة العرض بمقارنته مع عرض قد حصل له سابقاً، مثل: ألم السن الحاد أو الولادة. وجدير بالذكر أن الكتب المنهجية التي ندرسها تصف الأعراض الطبية وفقًا للحضارة الغربية وتعبير الإنسان الغربي لتفسير معاناته، وتعتمد على التعبير المعلوماتي من دون اضفاء العواطف، التعبير المعلوماتي " information expression " ، بينما يقدم المرضى العرب أعراضهم بتعبير مشحون بالعاطف "emotional expression"، وقد يؤدي الاستفسار عن قساوة الأعراض بالمفهوم الغربي إلى عدم فهم الأعراض بعمق وتؤدي إلى نتائج صحية سيئة. فمثلاً تعلمنا الكتب المنهجية سؤال المريض بمقارنة ألم السن الذي عانى منه سابقاً بدرجة 10 من 10، كيف تصف شدة الألم هذا؟ إذا كان رقم 1 ألم بسيط جدًا و10 ألم شديد جداً أسوأ مما تتوقع، وعامةً تتراوح شدة العرض مع

خطورة الحالة المرضية، وأنّ الألم قليل الشدة لا يعني أن المشكلة غير مهمة، وهنالك مشكلات تتصف بالآلام الشديدة، مثل: ألم الولادة والمغص الكلوي، الشدة الخارجية على الخصية، فمثلاً يسأل

الطبيب: ما درجة الألم الذي تعانيه؟

المريض: حسنًا أنه ليس سيئاً للغاية،

الطبيب: من درجة 1إلى10 حينما تكون 10 أسوأ ألم عانيت منه، مثل إجراء عملية من دون تخدير كيف تصف درجة الألم ؟

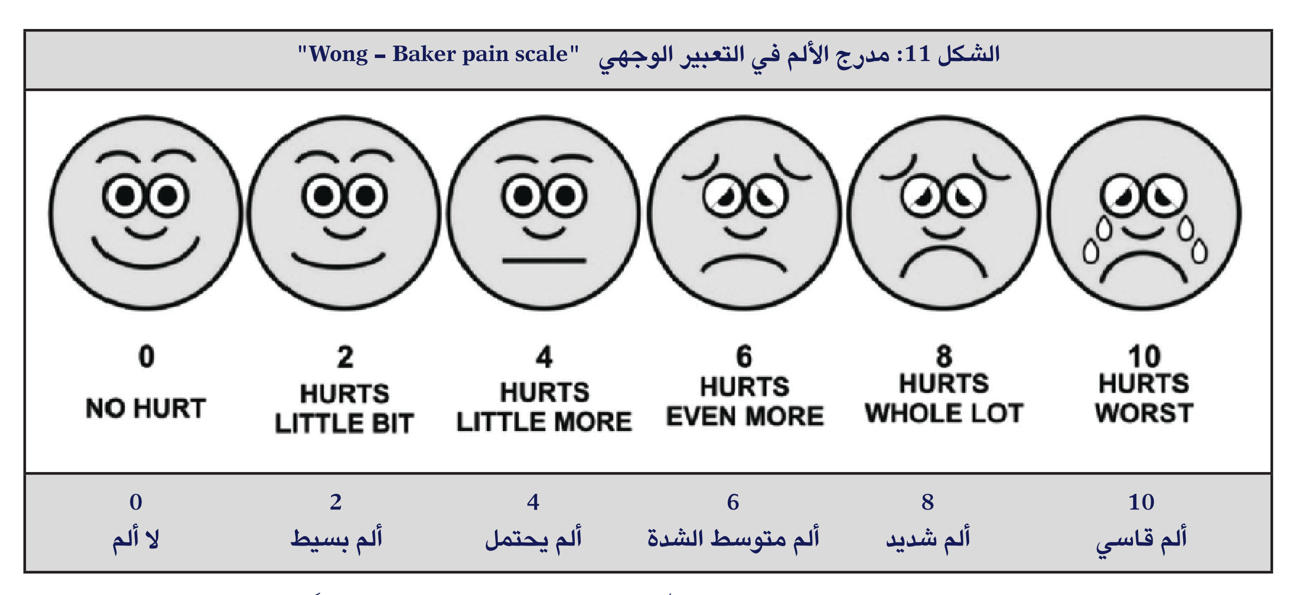
المريض: ليس سيئاً في الحقيقة أتوقع أنه درجة 3 .

الطبيب: كيف تصفه بالمقارنة مع ألم السن؟

المريض ليس إلى ذلك السوء.

في حين حينما تسأل مريض عراقي عن شدة الألم يجيب بتعبير عاطفي يمكن تقدير شدته من خلال وصفة العاطفي مثل "ييييييييييوجعني"

الشكل 11: مدرج الألم في التعبير الوجهي "Wong - Baker pain scale"



- العجز الناتج عن الأعراض: هنالك قياس آخر لمعرفة شدة العرض فمثلاً حينما يؤثر العرض على الأعمال اليومية، ويؤدي إلى عدم القدرة على إنجازها، فمثلاً: حينما يعاني عامل ميكانيكي من تورم في مفاصل يده، فهذا العرض يصيب هذه العامل بالعوق وعدم القدرة على ممارسة مهنته الطبيعية، ويمكن التعرف على تأثير الأعراض على الفعاليات الحياتية اليومية للمريض عن طريق تحليل معاناته وسؤاله: كيف أثر هذا العرض على حياتك اليومية؟
- احصل على بيانات عددية ما أمكن: يمكن للطبيب أن يحصل على عدد نوبات العرض الذي عانى منها المريض، فمثلاً عانى المريض من 20 نوبة من نوبات ألم الصدر في الأسبوع السابق - بعد أن كانت معاناته مرة واحدة بالأسبوع في السنة السابقة، أو يمكن تقدير حجم الورم بمقارنته بالأحجام الاعتيادية، فمثلاً: يسأل الطبيب عن حجم الفتق المغبني، ويقارنه بحجم البرتقالة أو الليمونة ... أو

يمكن أن يقول المريض اعاني من قلة الإدرار ولا أتمكن من التبول لأكثر من كوب واحد يومياً في عجز الكلية والانسداد في المجاري البولية، كما أنّ المريض غالبًا ما لا يستجيب إلى تحديد الأعراض بالأعداد ويمكن أن يصفها: أحياناً، في بعض الأوقات، باستمرار، غالباً....

- الأعراض المشاركة: للأعراض الرئيسة أعراضاً ثانوية مشاركة، فمثلاً عند مرضى ذات الرئة فإن السعال وألم الصدر أعراضاً رئيسة، في حين الحمى والنحول أعراضًا غير خاصة لهذا المرض، ولذلك تسمى هذه الأعراض بالأعراض المشاركة، لأنها تشترك ولا تخص مرض معين، ولكن لها قوة تشخيصية أيضاً. فمثلاً، فقدان الوزن وشهية جيدة توحي بداء السكري أو فرط الدرقية، لذلك ينبغي السؤال عن الأعراض المشاركة بأسئلة مفتوحة النهاية أيضاً.
- الظروف المؤدية للعرض: غالباً ما يذكر المريض ماذا كان يعمل وأين كان حينما عانى من العرض لأول مرة. وحينما لم يذكر هذه المعلومات يمكن أن يسأله الطبيب سؤالاً مفتوحاً مثل:

  ماذا كنت تعمل بالضبط حينما عانيت من الأعراض؟

  وأين كنت؟

  ومن هم الأشخاص الذين كانوا معك؟

الطبيب: هل يمكن أن تعطيني فكرة عن المشهد لذلك الألم الذي عانيت منه؟ مثل، أين كنت في ذلك الوقت، من كان معك؟

المريض: غالباً ما أعاني من الألم في أثناء العمل – عمل مضنٍ وشاق...

الطبيب: لم يحدث الألم في البيت؟

المريض: لا، لم يحدث أبداً.

الطبيب: من يكون معك في العمل؟

المريض: حسناً، بدأت معاناتي من هذا الألم حينما نقلت إلى قسم جديد، "وإذا لم يذكر هذه المعلومات في بداية المقابلة ينبغي أن تستقيها الآن، ما ظروف العمل الجديد؟

العوامل المحفزة والمثبطة للأعراض: يمكن تعداد العوامل التي تحفز ظهور التهاب المعدة أو ارتجاع المريء، مثل: الاسبرين، التدخين، الكحول، الأغذية الحارة، والكافيين. في حين، شرب الحليب والأكل من دون بهارات واستعمال مضاد الحموضة يحسن التهاب المعدة. وكذلك تظهر الذبحة الصدرية عن الجهد البدني أو التوتر النفسي أو التعرض للبرد، بينما تتحسن بعد الاستراحة لمدة 10 دقائق أو استعمال حبوب الانجسيد تحت اللسان، وغالباً ما لا يتمكن المريض من وصف العوامل المحفزة والمثبطة للأعراض، لذلك يمكن سؤاله ماذا يتجنب أو يعمل حينما يعاني من العرض: مثل المشي أو الاضطجاع أو الأكل .

2 - مراجعة أعراض أجهزة جسم الإنسان "Review of Systems"

ينبغي إكمال البحث عن الأعراض بمراجعة أعراض أجهزة جسم الإنسان، وتضيف هذه الفقرة معلومات مهمة لتدبير حالته المرضية. وأدناه جدول لأربع عشرة مجموعة من أعراض أجهزة جسم الإنسان، وقد يشترك عرض في عدة مجاميع. ويجب أن يتدرب الأطباء الأحداث على استقائها بأسئلة مغلقة، وحينما تكون الإجابة عن أي عرض موجبة ينبغي التوسع في جمع المعلومات عنه، ولكن يختار الطبيب الخبير مجموعة مختصرة منها، والتي يعتقد أنّ لها علاقة مع المشكلة التي يعاني منها المريض، ولها تأثير على رعايته مستقبلاً والجدول الآتي يوضح هذه الأعراض.

جدول الأعراض	
1 - الأعراض العامة	**2 - الجلد**
الحمى	تقرح الجلد
القشعريرة	الحكة
التعرق الليلي	الطفح
الشهية	الشري
التغير في الوزن	رض أو كدمة
فقدان الوزن	تغير في لون أو حجم الشامة "الخال"
زيادة الوزن	فقدان اللون
النحول	تغير نمط الشعر
الألم	تغير في الاظافر
إفراز الحليب من الثدي	كتلة أو ورم
نزف من الحلمة	
ورم الثدي	
3 - اعراض الجهاز الدموي واللمفي	**4 - الرأس والرقبة**
تضخم الغدد اللمفاوية	الصداع
الرغبة في أكل التراب أو الثلج	الدوخة
النزف غير الطبيعي والكدمة لأقل ضرر	الغشي
الخمج المتكرر أو غير المعتاد.	فقدان الوعي "السبات"
	كلم الرأس
	تبيس الرقبة
	تضخم الغدة الدرقية أو كتلة

5 - العينان	6 - الانف والاذن والحنجرة
استعمال النظارات التغير في الرؤية ازدواج الرؤية الالم الاحمرار افرازات الساد تاريخ داء الزرقاء يبوسة العين "قلة الدمع" الفم والبلعوم نزف اللثة حرقة البلعوم صعوبة البلع أو ألم أثناء البلع حرقة اللسان الم السن	فقدان السمع أو الشم استعمال مساعدة سمع إفرازات الأذن أو الأنف الألم الطنين رعاف رشح بحة الصوت
7 - الجهاز التنفسي	**8 - القلب والاوعية الدموية**
السعال القشع النفث الدموي ألم الصدر أزيز عسر التنفس الحاد عسر التنفس مزمن	ألم الصدر عسر التنفس(البهر) أثناء الجهد الإضطجاعي الليلي الإنتيابي الخفقان الغشي الأوعية الدموية المحيطية دوالي الساقين التهاب الأوردة العرج المتقطع ظاهرة راينويد

9 - الجهاز الهضمي تجشؤ "الفواق" القهم (فقدان الشهية) عسر البلع الحرقة خلف القص ألم البطن ألم السرة ألم الخثلة التقيؤ تقيؤ دموي الاسهال الإمساك التغير في عادات التغوط الغازات(انتفاخ البطن) اليرقان حكة شرجية	**10 - الجهاز البولي والتناسلي** ألم الكلية مغص الحالب ألم المثانة ألم العجان ألم الخصيتين عسر البول تردد البول سلس البول رشق البول تقطير البول البوال الليلي تبول دموي العنة ألباه العقم إفرازات القضيب الانعاظ النطف الدموي
11 - الجهاز الحركي ألم المفاصل والفقرات تورم المفاصل الحرارة تغير اللون تحدد الحركة تشوه	**12 - الجهاز التناسلي الأنثوي** سن البلوغ سن اليأس اضطراب الطمث النزف بعد الجماع النزف بعد سن اليأس الحكة الفرجية إفرازات مهبلية الحمل الإسقاط

13 - الجهاز العصبي والنفسي	14 - الغدد الصماء
الوعي، الكآبة، الجنون	كثرة التبول
فقدان المتعة واللا ابالية	العطش
اعراض نفس جسمية	تنمل اليدين والقدمين
افكار انتحارية	زيادة الوزن أو فقدانه
الذاكرة	تشوش الوعي والتعرق والخفقان "نوبات هبوط السكر"
الكلام	غشاوة النظر
اللغة	ورم في الرقبة
مخارج الصوت	خفقان
صداع	الرعاش
قلق، هلوسه حسية أو بصرية	فقدان اشعر
اضطراب النوم	تيبس الجلد
الغشي	عدم تحمل البرودة والحرارة
الدوار	فقدان لون الجلد
ازدواج الرؤية	الامساك أو الاسهال
الصرع و شلل	
وهن العضلات	
الرعاش	
الرنح	
تغير الإحساس(المذل)	
الخدر	

3 – المعلومات المساعدة ذات العلاقة Background information

بعد أن اكملنا الجزء الأهم من المقابلة الطبية ننتقل إلى الجزء الأخير من البيانات التي يجب أن نستخلصها في المقابلة الطبية لإكمال المعلومات الضرورية، وهي معلومات لا تتعلق مباشرة بما جاء من أجله المريض، وإنما تتعلق بالبيئة التي نمت فيه الأعراض ولها علاقة غير مباشرة بالمشكلات التي يعرضها المريض، وقد تكون ضرورية لتفسير الأحداث الآنية والخطة العلاجية التي سنرسمها سوياً مع المريض، ويشمل هذه الجزء من المقابلة الطبية ما يأتي"4":

أ- **التاريخ المرضي السابق**

ب- **التاريخ المرضي العائلي**

ت- **التاريخ الاجتماعي والنفسي**

ث- **التاريخ الصحي النسائي**

ج- **السلوك الجنسي**

ح- **العنف**

خ- **التاريخ الدوائي والغذائي والحساسية**

د- **المخاطر الصحية**

ذ- **إجراءات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض**

ر- **درجة العوق الوظيفي**

تحتاج هذه القائمة الطويلة إلى البدء بأسئلة مفتوحة ومن ثم التدرج ببطء إلى أن نصل إلى صياغة أسئلة مغلقة قصيرة وواضحة ومفهومة، ويجب أن نخبر المريض في البداية بعبارة تمهيدية، مثل: أرجو أن يتسع صدرك للإجابة عن أسئلة ليس لها علاقة مباشرة بالمشكلة التي جئت من أجلها، ولكنها مفيدة وتكمل المعلومات الضرورية التي تحتاجها لإكمال الصورة المرضية، هل هذا ممكن؟ وقد تكتشف بعض الأعراض التي لم يذكرها المريض ولها أهمية تشخيصية مفيدة في الاستنتاج السريري، علمًا أن الأعراض السالبة التي لا يعاني منها المريض مهمة أيضًا وبأهمية الأعراض التي يعاني منها المريض.

ونادراً، ما يستقي الطبيب الاختصاصي جميع المعلومات الواردة في هذا الجزء خلال الرواية المرضية والاستفسار عن الأعراض وقائمة أعراض أجهزة جسم الإنسان التي وردت في الفصول السابقة، وغالباً ما يختار الطبيب الخبير بعض المعلومات التي يعتقد أن لها علاقة بحاجة مريضه الآنية ورعايته المستقبلية، مثل: معلومات خاصة بالطفولة أو المشكلات الشائعة لكبار السن أو بالأمراض النسائية، أو بعض الأشخاص الذين يتعرضون لمخاطر مهنية أو مخاطر صحية أخرى. وفي المقابل، يجب تدريب طلبة الكليات الطبية الصحية والأطباء الأحداث على كيفية استقاء هذه المعلومات كاملة، والتعرف على جميع مجالاتها وكيفية استقائها. وبالحقيقة إنها مجالات غنية بالمعلومات وعندما تزداد خبرة الطبيب يتعلم كيف يختار المعلومات الضرورية لحالة المريض. وينبغي عند

الاستفسار عن هذه المعلومات المطولة الاستمرار بمراقبة تلميحات المريض واستجابته، ولاسيما حينما يشعر بالملل والإعياء والسؤال عن راحته في أثناء سير الأسئلة، وقد تطلب منه تأجيل بعض فقراتها واستقائها في أوقات اخرى. وفي بعض الأحيان، حينما يجس الطبيب الوتر الحساس للمريض ويستثير مشكلة معينة قد عفا عليها الزمن قد تثير بعض الشجون لديه، وعندها يجب أن يرجع إلى الوراء ويعطي للمريض حرية التعبير عما يجول بخاطره بسؤال مفتوح ويسلمه زمام الحوار ويتعاطف معه، فمثلاً: حينما تسأل عن صحة الوالدين وتكتشف أن المريضة قد توفى والدها قبل أشهر، وترى الدموع تنهمر من عينيها، في هذا الوقت يجب أن تكون مرناً ومن دون عجلة، وتترك للمريضة التعبير عن مشاعرها والتعاطف معها.

وفي المرحلة المتقدمة، يمكن وضع هذه الأسئلة في قائمة طويلة للإجابة عنها من المريض وحده أو بمساعدة الممرضة ومراجعتها في أثناء المقابلة الطبية.

أ - التاريخ المرضي السابق:

ويشمل الاستفسار عن الصحة بصورة عامة، مثل كيف صحتك عموماً؟ وعن الأمراض التي عانى منها سابقاً، مثل:

- أمراض الطفولة "الحصبة، والنكاف، وجدري الماء، الحمى القرمزية، وحمى الروماتزم" وجدول تطعيم الأمراض السارية.
- أمراض الكبار " الضغط، والسكري، والنوبات القلبية، والتدرن، والأمراض الجنسية، والاورام الخبيثة.
- الاستفسار عن الحوادث والاصابات الخارجية، وحوادث السيارات، والمشكلات النفسية.

يجب استقاء المعلومات عن الأمراض الأخرى التي ليست لها علاقة، مثل: حوادث حصلت للمريض في الماضي "مريض مصاب بألم الصدر وهو يعاني من داء السكري منذ عشرين سنة، في هذه الحالة تعتبر من التاريخ المرضي الحالي وليست في هذا الجزء من المقابلة. وفي المقابل، يمكن ادراج مرض احتشاء العضلة القلبية السابق المستقر هنا حينما يعاني المريض من كسر عظم الرسغ، وقد يكون الفرق صعباً بين هل تستقي المعلومات في التاريخ المرضي الحالي أو السابق؟ وهل لها علاقة بالمشكلة الآنية أو لا؟ وعلى كل حال، يجب البدء بسؤال مفتوح، مثل:

"كيف كانت صحتك في مرحلة الطفولة؟"

"اخبرني هل دخلت المستشفى لمشكلة باطنية أو جراحية سابقاً؟"

وتعقب هذه الأسئلة المفتوحة الاستفسار بأسئلة محددة ثم قائمة من الأسئلة المغلقة للحصول على المعلومات الضرورية وتفاصيلها، وقد يعطي سؤالاً مغلقاً بسيطاً وواضحاً معلومات مفيدة في هذا المجال، مثل:

هل أصبت بكسر في أحد عظامك سابقاً؟

وينبغي التوسع عند الحصول على أية معلومة إيجابية في حقول التاريخ المرضي السابق، ويمكن للطبيب أن يوافق على التشخيص الأولي الذي يذكره المريض هنا على أن يتأكد من صحة التشخيص النهائي الذي ذكره المريض لاحقاً، أو دقة الإجراء الذي أجري له أو نوع العلاج الذي تناوله، وبعد هذا تنسق البيانات: أهي اعراض مرضية أم بيانات ثانوية بجداولها الزمنية. ويجب التركيز على المعلومات التي لها قيمة سريرية عالية، والاستفسار عنها بالتفصيل، مثل:

- تشخيص المريض للمشكلة.
- مضاعفات المشكلة التي عانى منها.
- وما عواقبها.

أما المعلومات التي لها أهمية سريرية قليلة، مثل: عملية زائدة دودية أو رفع اللوزتين، فلا تستحق معلومات كثيرة، ولكن ضيق الوقت وضجر المريض لا يشجعان على إكمال هذه القائمة المطولة للتحري عن عملية زائدة دودية أجراها المريض قبل ثلاثين سنة.

ب – التاريخ المرضي العائلي Family History

هذا مصدر غني آخر بالمعلومات لفهم المخاطر الصحية العائلية الوراثية والبيئية، ويعطى التاريخ العائلي المرضي معلومات عن الأمراض المعدية في العائلة مثل الدودة الدبوسية "Pin worm" والتدرن، كما يعطى معلومات عن انتشار بعض الأمراض في العائلة مثل سرطان الثدي، وقصور الدور التاجية، والسكري، والكآبة، والأمراض الوراثية مثل فقر الدم المنجلي والثلاسيميا والهيموفيليا، وهل أصيب أحد أفراد العائلة بمثل الأعراض التي يعاني منها المريض الحالي. ويمكن التحري عن الأمراض التي اصابت الآباء والأبناء ولاسيما في الزواج الداخلي بين الأقارب المنتشر في المناطق الريفية.

ويمكـن البدء بسـؤالٍ مفتـوح بعد تمهيـد أولي للتحـري عن الأمـراض العائليـة، مثل: والآن سـننتقل إلى موضـوع آخـر، يتناول الأمراض التي تنتشـر فـي العوائـل، أخبرني رجاء عن صحـة عائلتك وهل هنـاك أمراض معينة شائعة بينهم؟

ثم انتقل بالسؤال عن صحة الوالدين وأسباب وفاتهم، كيف صحة والدك؟ أو ما سبب وفاته؟ كيف صحة والدتك؟ ومن ماذا تعاني؟ ويمكن ذكر بعض الأمراض الشائعة مثل الضغط، السكري، سرطان الثدي، سرطان البروستات، سرطان القولون، أمرض القلب، الأمراض النفسية: الكآبة، الربو والحساسية، حاول أن تفكر في صحة أقربائك وهل أحد مصاب بأحد هذه الأمراض؟

وقد يعاني المريض من مخاوف الأعراض التي تشابه الأعراض التي توفى بها أحد أقاربه قريباً، والتي قد تحمل زيادة نسبة الخطورة لذلك المرض مثل مريضة تعاني من ألم الثدي بعد وفاة اختها المصابة بسرطان الثدي. أو تعد ذات منشأ نفسي مثل مريض 25 سنة يعاني من ألم الصدر بعد 10 أيام من وفاة أحد أقربائه بالجلطة القلبية المفاجئة. وغالباً ما تحتاج هذه الأعراض إلى تعاطف أكثر من التعامل معها كأمراض عضوية.

ويشمل أيضاً الاهتمام بالدور الوظيفي للمريض داخل العائلة وأعراض العائلة المشابهة لمعاناته ومنها:

- ما موقع المريض في العائلة؟ ما علاقته بأفراد عائلته؟
- من الذي يرعاه إذا ما ظهرت الحاجة لذلك؟
- ويمكن بناء الأمراض الوراثية {رسم شجرة النسب} للمريض للمشكلة التي يعتقد أنها تحتاج إلى فحص جيني مختبري والتي قد تعطي نمط انتقال الصفة الوراثية للمرض.

الشكل (12) رموز شجرة النسب

الرموز الاصطلاحية المستعملة فى إنجاز شجرات النسب	
رجل سليم	امرأة ناقلة
امرأة سليمة	رجل ميت
زواج	إجهاض لجنين مجهول الجنس
آباء	زواج صلبي
أبناء	أفراد مصابون
توأم غير حقيقي	حميل مجهول الجنس
توأم حقيقي	اجيال III،II، I

ت – التاريخ الاجتماعي والنفسي Psychosocial History

يمكن أن يفهم الطبيب سلوك المريض والعوامل الاجتماعية المؤثرة عليه بعمق في أثناء استقاء التاريخ الاجتماعي والنفسي. وقد يُستقى جزءاً من هذا الجانب في الرواية المرضية وتاريخ المرض الحالي، وهنا يجب اكمال ما بدأه الطبيب من معلومات.

ويمكن أن يبدأ الطبيب بعبارة استهلالية وسؤال مفتوح أيضاً، مثل سننتقل إلى موضوعٍ آخر، وأرغب أن أسألك عن حياتك الشخصية والأمور الاجتماعية التي اعتدت عليها لتبقى سليماً معافى؟ وهما القدرة على إنجاز المهام اليومية مثل الرعاية الذاتية، وكيف تأثرت مسؤولياته الاجتماعية:

- أخبرني عن ظروف حياتك اليومية؟ وتشمل ظروف العمل، والحالة الاقتصادية، وكيفية قضاء أوقات الفراغ والهوايات، والسفر والمخاطر البيئية في البيت والعمل، والغذاء والرياضة، واتبعها بأسئلة مغلقة واضحة وبسيطة ومن دون خدش مشاعر المريض للحصول على معلومات وافية لموضوعات حساسة وكثيرة في هذا المجال مثل التاريخ الجنسي وتناول الأدوية والإدمان. ويمكن أن ترجع لمحورية المريض للتعبير عما يجول في ذهنه من أفكار. فمثلاً يمكن الاستفسار عن مريض مصاب بالحمى عن مهنة المريض أو هواية تربية الحيوانات الأليفة في بيته والسفر.

- ويمكن سؤال المريض المتقاعد أخبرني عن فعاليتك في يوم مثالي منذ أن تستيقظ إلى أن تنام؟
- وهل تعتقد أن الأعراض التي تعاني منها لها علاقة بالبيئة التي تعمل فيها؟ وقد يعاني المريض من بيئة العمل بسبب التعرض للدخان والأبخرة سامة، مثل اصابة العمال في معامل الطابوق حول بغداد بأمراض الجاز التنفسي بسبب الدخان الكثيف الذي يتعرضون له باستمرار .

والسكن: ويشمل علاقة السكن بمعاناة المريض، العلاقات الاجتماعية في البيت، العمل، الرضى، الضغوط، التغير في العمل المتكرر، الحالة المادية وتأثير المرض على الحالة الاقتصادية للعائلة، الهوايات، العادات الشخصية، وكيفية قضاء أوقات الفراغ، مسؤولياته تجاه عائلته ومدى تأثير المرض عليها، السفر والإقامة وعلاقتها بمرضه، مثل: الملاريا، الحمى النزفية، الأمراض المنقولة جنسياً.

للأطفال: المدرسة علاقة الطفل بأقرانه العلاقات الاجتماعية في البيت.

ث - التاريخ الصحي النسائي — Female Health History

- من الضروري الاستفسار من الإناث عن تاريخ بداية الدورة الشهرية بسؤال، مثل:
- كم كان عمرك حينما بدأت أول دورة شهرية؟
- ويتبعه : كم يوم تستغرق الدورة؟
- وهل تعانين من ألم أو اضطراب في أثنائها؟
- كم فوطة تستخدمين؟
- متى حصل سن الياس؟ أو متى انقطعت دورتك؟
- وفي حالة استعمال موانع الحمل:
- هل تستعملين أي نوع من انواع منع الحمل؟
- ما نوعه؟
- التاريخ الجنسي؟ العلاقة الزوجية، الجماع، وهل هناك مشكلات في أثناء الجماع، وهذه أسئلة محرجة في مجتمعنا المحافظ، وينبغي الحذر عند طرحها.
- تاريخ الحمل والولادة وعدد مرات الحمل والولادة، عدد الأطفال الأصحاء؟
- الإجهاض طبيعي أم مفتعل؟
- المضاعفات وأسبابها؟
- تاريخ الرضاعة الطبيعية؟

وقد نجد بعض الأسئلة مكررة في التاريخ المرضي الحالي أو التاريخ المرضي السابق أو مراجعة أعراض أجهزة جسم الإنسان.

ج - السلوك الجنسي Sexual Behavior

عادة ما يتهيب المريض أو المريضة من مناقشة هذا الموضوع، ولكن ينبغي على الطبيب أن يبادر بملاحظات تمهيدية قبل أن يدون هذا الحقل، الذي ينبغي أن يحاط بسرية تامة ويمنع الاطلاع عليه لغير المختصّصين برعاية المريض. ويدوّن بعد توثق العلاقة الطبية بين الطبيب والمريض، ويشمل:

- العلاقة الزوجية، ومشكلاتها، ويجب الاستفسار عن هذا الجانب المهم في الأوقات المناسبة وبحسب استقرار حالة المريض الصحية، وأن نبدأ بعبارة استهلالية واضحة للمرضى البالغين، مثل: سننتقل إلى جانب مهم من المقابلة الطبية التي يجب عليّ أن أسألها لكل مريض ومريضة بالغة للتعرف على نمط حياة المريض:
  - كيف هي علاقتك الجنسية بزوجك؟
  - هل أثر مرضك الحالي أو الأدوية التي تتناولها على حياتك الجنسية؟
  - هل تتناول منشطات جنسية؟
  - هل لديك أي استفسار عن حياتك الجنسية، أنا مستعد للإجابة عنه؟
  - هل عانيت من أمراض جنسية سابقاً؟ سفلس، سيلان، إيدز، فالول حول الأعضاء الجنسية، التهابات فايروسية أخرى؟
  - وهل تعاني من مشكلات في أثناء الجماع؟ "برود جنسي، ضعف انتصاب، صعوبة الوصول إلى النشوة، وغيرها"
  - للذكور، هل تستعمل واقياً ذكرياً؟ دائماً، أحياناً، نادراً، لا؟

ح - العنف Violence

غالباً ما يهمل الطبيب هذا الجانب ولا يظن أنه يدخل ضمن اختصاصه، ويمكن للعنف أن يؤدي إلى أعراض وأمراض الجسدنة "نفس – جسمية، Psychosomatic Diseases" العديدة. وينبغي السؤال عنه بصيغة استكشافية وسؤالٍ مفتوح، مثل: هل يمكن أن تخبرني عن أي نوع من أنواع التوتر الذي تشعر به في البيت أو العمل؟ هل تعيش حالة خوف؟ أو هل تشعر بتهديد ما؟ ويمكن للعنف أن يكون ضغطاً نفسياً أو تعنيفاً كلامياً أو إيقاع الأذى الجسدي. وهناك نمطان مختلفان من العنف الذي يمكن أن يتعرض له الفرد تبعاً للبيئة التي يمارس فيها:

- العنف المنزلي: يمكن التحري عنه بسؤال الزوج أو الزوجة سؤالاً يبدو عاماً عن كيفية تعاملهم في حالة الغضب؟ ويدون: خوف، لفظي، جسدي.
- عنف خارج المنزل: الذي عادة ما يكون مصدره الغرباء، وتكثر ممارسة العنف في حالات الإدمان الكحولي والعقاقير الأخرى، وهل سجن سابقًا؟

خ - التاريخ الدوائي والغذائي والحساسية Food & Drug allergy

- يجب الاستفسار عن الدواء المتناول بالتفصيل الآتي: الجرعة ومدة الاستعمال وسبب الاستعمال والأعراض الجانبية؟
- والاستفسار عن قائمة الأدوية المستعملة في السنين السابقة، وعن المواد التي لا تُعدُّ أدوية، مثل: مضادات الإمساك، والمقويات، والفيتامينات، والأعشاب، والأدوية من دون وصفة طبية، والفعاليات الصحية مثل: الزيارات للمقدسات الدينية طلباً للشفاء، العلاج النفسي، الغذاء، الرياضة، المساج .
- والعلاجات البديلة، والتعرف على الأدوية من أسمائها والوانها وصورها بالموبايل.
- الحساسية الغذائية والدوائية: تدون الأدوية الشائعة الاستعمال: بنسلين، سلفا / مثبريم، أخرى، والحساسية الموسمية مثل الربو وحساسية الأنف الربيعية والخريفية وداء الباقلاء، حساسية الحنطة.
- الأدوية البيتية من دون وصفة طبية: الأدوية والأعشاب والمستحضرات التي يستعملها المريض، وليست هناك قائمة مثالية يمكن استخدامها، ولكن يمكن تدوين هذه الفقرة بالسؤال المفتوح عن أية أدوية أو أعشاب أو مستحضرات يستعملها بالبيت وذكر بعض الأمثلة: مسكنات الألم، مضاد الحموضة، المسهلات، الفيتامينات، الأعشاب وطريقة تناولها، المراهم الجلدية والشرجية، المواد التجميلية، صبغ شعر، موانع الحمل / لولب، أخرى تذكر.

د - المخاطر الصحية Health Hazards

ينبغي استقاء هذه المعلومات وتخصص لها فقرات خاصة منفصلة عن التاريخ المرضي السابق والتاريخ الاجتماعي، ونبدأ أيضاً بأسئلة مفتوحة للتعرف على الكمية والنوعية من السكائر والكحول والأدوية المخدرة المتناولة، وتشمل:

- التدخين: مثل: ما نوع التبغ الذي تدخنه؟ سكائر أو نركيلة، أو أخرى حدد؟ ما عدد علب السكائر التي تدخنها يومياً، وكم سنة؟ وهل عانيت من مشكلات صحية بسبب التدخين، مثل انتفاخ الرئة "Emphysema" أو التهاب القصبات المزمن؟ ويمكن تقدير أثر التدخين بمعادلة:

عدد علب السجائر يومياً X عدد السنين، مثل عدد العلب يومياً علبتين ولمدة 10 سنوات فالمعادلة كالآتي: 2*10= 20 علبة/سنة، كما ينبغي تدوين تاريخ ترك التدخين بالسنين.

- الكحول: يعد تناول الكحول وصمة غير محبذة في مجتمعنا، لذلك يحاول المريض إخفاء تناوله أو التقليل من كميته عادة، ويحاول أن يضلل نفسه قبل أن يضلل الطبيب! فمن الأجدر أن تؤجل مناقشة هذا الموضوع بعد أن توثق العلاقة الطبية بين المريض والطبيب ليبوح بالحقيقة كاملة، وتشمل: الكمية، النوعية، التكرار بالأسبوع، و كم سنة؟

ونبدأ بسؤال مفتوح، مثل: هل تتناول الكحول؟ ما نوعه؟ وما كميته؟ يومياً، أسبوعياً؟ وهل شكل لك تناول الكحول مشكلة صحية أو اجتماعية، مثل طلاق، فقدان العمل، أمراض الكبد، الكآبة؟

- الإدمان الدوائي ويشمل الأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي مثل؛ المهدئات، مضاد الكآبة، أخرى مثل ازدياد تعاطي المخدرات في المجتمع العراقي بين فئات الشباب حالياً. وهل يتناول هذه الأدوية بوصفة طبية أم بطريقة غير قانونية؟ ويجب الاستفسار من المريض عن كيفية الحصول على هذه المواد وكميتها ونوعيتها والمشكلات التي تصاحبها من دون إهانة أو تجريح لكسب ثقته ومصداقيته.

وإن سببت هذه العادات السيئة مشكلات مهمة فيجب أن تنتقل إلى قائمة المشكلات في تاريخ المرض الحالي والرواية المرضية.

ذ - إجراءات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض Health Promotion Activities

ويشمل برامج وقائية متعددة:

- البرنامج الوطني للتطعيم ضد الأمراض السارية Immunization schedule

العمر	اللقاح	الملاحظات
الاسبوع الأول:	بي سي جي، كباد فيروسي، شلل أطفال	
الشهر الثاني:	الخناق، كزاز، سعال ديكي، النزلية المستديمة ب، كباد فايروسي ب+ الدوار + شلل أطفال	
الشهر الرابع:	الخناق، كزاز، سعال ديكي، النزلية المستديمة ب، كباد فايروسي ب+ الدوار + شلل أطفال	
الشهر السادس:	الخناق، كزاز، سعال ديكي، النزلية المستديمة ب، كباد فايروسي ب+ الدوار + شلل أطفال	
الشهر التاسع:	حصبة منفردة جرعة أولى،	فيتامين أي 100000 وحدة
الشهر 15 :	حصبة مختلطة (حصبة وحصبة المانية ونكاف)	جرعة واحدة
الشهر 18 :	لقاح رباعي " الخناق، كزاز، سعال ديكي، النزلية المستديمة ب+ كباد فايروسي ب"	
4-6 سنة:	كزاز، خناق، سعال ديكي، هيموفلس انفلونزا ب+ كباد فايروسي ب + حصبة مختلطة ثانية	

- برنامج المحافظة على الوزن

إن تقليل الوزن والمحافظة عليه ضمن الحدود الطبيعية يقلل من احتمال الإصابة بأمراض العصر "متلازمة اضطراب التمثيل الغذائي، Metabolic syndrome "، ويمكن الاستفسار من المريض عن الغذاء؛ كميته، ونوعيته ونسب البروتين والنشويات والدهون، والفواكه والخضروات، وهل يعاني من الهزال أو زيادة الوزن والإرشاد الغذائي الذي حصل عليه سابقاً.

- البرنامج الرياضي

أخبرني ماذا تعمل من نشاطات رياضية للمحافظة على صحتك؟ يؤدي نمط الحياة الكسولة إلى أمراض العصر المترابطة: السمنة وداء السكري النوع الثاني وأمراض القلب، وتوصي الهيئات المتخصصة بممارسة الرياضة مثل المشي بهمة "Brisk Walk" وكأنك تسير وقد فاتك موعداً مهماً تريد اللحاق به لمدة ساعتين ونصف كل أسبوع " بنصف ساعة يومياً لمدة 5 أيام بالأسبوع". وينبغي لكبار السن ممارسة الرياضة المشي لمدة لا تقل عن 20 دقيقة يومياً. لذلك يجب الاستفسار عن عادات المريض الرياضية:

المشي بالدقائق / أسبوع، ما التمارين الرياضية التي يجريها المريض أسبوعياً.

- الإجراءات الوقائية لتجنب العوارض المهنية

حزام الأمان، خوذة الأمان، سياج السطح والدرج، مخاطر الكهرباء، الوقاية من المبيدات الحشرية (Insecticides) ، خزن النفط والبنزين البيتي، قياس السموم في الجسم، الإشعاع، الرصاص، أخرى.

- التحري عن الأمراض الشائعة في العراق

التدرن، التهاب القصبات المزمن، فقر الدم نقص الحديد، الثلاسيميا، فقر الدم المنجلي، عوز إنزيم (G6PD) حساسية الباقلاء.

الأمراض المعوية جارديا، أميبا ، حساسية الحنطة يرقان / نقل دم الملاريا

الأكياس المائية (Hydrated cysts) الحمى السوداء(Kalazar)

- الفحص الدوري لتجنب الأمراض المزمنة(المستديمة) للبالغين:

قياس الضغط ---------/شهر

قياس السكر في الدم ---------/سنة

قياس دهون الدم =========/سنة

تخطيط القلب ---------/سنة

- التحري المبكر عن الأمراض الخبيثة

فحص الثدي الدوري الذي تقوم به المريضة نفسها ----------/شهر

فحص البراز للتحري عن الدم المخفي ------------/سنة

فحوص أخرى

ر - درجة العوق الوظيفي Functional Disability

لكبار السن والمصابين بالعوق الفيزياوي:

تخص هذه الفقرة لتحديد قدرة المريض على تدبر شؤونه الحياتية اليومية، وتشمل:

الصلاة: واقفا أو جالسا،

التغذية: بمساعدة/لا، الوقت/كم تستغرق.

تبديل الملابس: بمساعدة/لا، الوقت/كم تستغرق.

استعمال المرافق الصحية بمساعدة/لا، الوقت/كم تستغرق.

صعود الدرج ونزوله: بمساعدة/لا، الوقت/كم تستغرق.

حركته داخل المنزل: بمساعدة/لا، الوقت/كم تستغرق

حركته خارج المنزل: بمساعدة/لا، الوقت/كم تستغرق.

مشاكل وظيفية أخرى: النظر، السمع، الأسنان الاصطناعية.

الأسئلة

- ماذا تعني تقنية القمع حين تطبيقها على مهارات التواصل؟
- عرف البيانات الأولية والبيانات الثانوية وكيف تفرق بينهما وبين العلامات المرضية؟
- عدد مجموعات أعراض أجهزة جسم الإنسان الأربعة عشر؟
  - لطلبة المراحل قبل السريرية أذكر ثلاثة أمثلة لكل مجموعة؟
  - الأطباء وطلبة المراحل السريرية أذكر جميع الأعراض لكل مجموعة؟
- راجع قصة مرضية مكتوبة باللغة الشعبية وحول المصطلحات الشعبية والاستعارات اللفظية إلى اعراض طبية يمكن التعامل معها؟
- ما فوائد جمع المعلومات المساعدة في المقابلة؟
- ارسم شجرة نسبك، توضح فيها الأمراض الشائعة في العائلة؟

المهارات

- يقرأ كل طالب من المجموعة المتدربة عن مرض معين من أحد الكتب الطبية المنهجية (Harrison's principles of internal medicine) ويختار الألم الخاص كعرض رئيس في هذا المرض، مثل: ألم أسفل الظهر في عرق النسا، الصداع في داء الشقيقة، ألم الخاصرة في المغص الكلوي، الم الصدر في الذبحة الصدرية، ألم البطن في انسداد الأمعاء، الم المرارة الحاد، الصداع في التهاب الشريان الصدغي.
- ويمثل الطالب الذي قرأ مواصفات العرض في السؤال الأول دور المريض في أداء الادوار، ويطلب من المجموعة أن تسأله الأسئلة السبعة للألم.
- استقي ميزات أحد الأعراض ومواصفاته من مريض حقيقي أو مريض ممثل.
- تبادل أدوار طالب طبيب وطالب مريض، أسأل جميع الأسئلة الواردة في هذه الحقول؟ ومثل ذلك وسجله واعرضه على المجموعة.
- أسأل جميع أسئلة المعلومات لأحد أفراد عائلتك وسجله سمعياً، وناقشه في الدورة؟

المصادر

1 - ناجي خالد، طرق ايقاف النزف الدموي عند الأطباء العرب، المجلة الطبية العراقية، المجلد الثامن، العدد 39، 1990، ص 18-26

2 - Fortin, A.H., Dwamena, A.H., Frankel, R.M., Smith, R.C., Symptom Defining Skills, Chapter 5 In: Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, 3rd edition. 2012, McGraw-Hill.

3 - Haidet P. Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. Arch Intern Med., 2003; 163 (10): 1134-1140.

4 - "Silverman JD, Kurtz SM, Draper J,

مهارات الاتصال مع المرضى، كتاب منهجي مترجم، عبدالسلام سلطان وطارق المبارك، الفصل الثالث جمع المعلومات، طبع في رادكليف اكسفورد لندن. تأليف جوناثان سلفرمان وسوزان كورتس وجوليت درابر، 2010.

5 - فن الحوار الطبي، الطبعة الثانية، قاموس الالفاظ والمصطلحات الشعبية الطبية، دار المرتضى، ص 105 – 116، بغداد 2017.

6 - سلطان مهدي ، صالح عبدالسلام، التفكير في معجم صحي عراقي، مجلة المعجم العلمي العراقي، الجزء الثالث – المجلد الثامن والستون، بغداد 2021.

التباين الثقافي والحرج اللغوي

Cultural Disparity and Language Embarrassment

إننا لا ندرّسُ بالعربية طبعاً، كما أننا في الحقيقة لا ندرّس بالإنجليزية، كما هي الانجليزية أبداً، لكننا ندرّس خليطاً شاذّاً من الانجليزية المتلعثمة والعربية المكسرة، واللاتينية التي لا نعلم منها حتى ولو الشيء اليسير.

الدكتور محمد توفيق الرخاوي

خبير منظمة الصحة العالمية

فالطبيب لا يستطيع أن ينقل معلوماته الطبية (كما يجب) إلى العاملين معه من ممرضين ومساعدين وعمال، ولا يستطيع أن يتواصل مع مرضاه ويشرح لهم أسباب مرضهم وأعراضه وعلاجه، ووسائل الوقاية منه، ولا يستطيع أن يكتب لهم تقريرًا يفهمونه عن حالتهم الصحية، ولا يتمكن من كسب ثقتهم لأنه لا يستطيع التواصل معهم بسهولة لذلك سينتابه الشعور المصطنع بالغربة عن وطنه في وطنه.

د علي القاسمي

يعتبر التواصل الناجح بين الطبيب والمريض من أهم جوانب الرعاية الصحية. ففي أثناء التواصل يجمع الطبيب المعلومات من المريض ليقيّم الحالة ويرسم الخطة العلاجية. ومن الناحية الأخرى، يتلقى المريض معلومات من الطبيب حول المرض والعلاج والتي من شأنها أن تساعده على رعاية نفسه وتدبير حالته المرضية في المنزل. ولكن يقف هناك عائق ثقافي ولغوي يؤدي إلى عدم فهم الطبيب للمعلومات في أثناء سرد المريض للقصة المرضية وعدم استيعاب المرضى للمعلومات الطبية أو عدم أخذ المعلومات الكافية، وقد يؤدي إلى عواقب وخيمة بالإمكان تلافيها، مثل: أخطاء في تناول الأدوية، أو عدم تقدير المريض الحاجة لمراجعة الطوارئ في وقت الأزمات، وقد لا يقدّر أهمية مريض السكتة الدماغية وقف الأدوية المسيلة للدم قبل العملية الجراحية أو قلع الأسنان، ويمكن أن ينزف المريض نزيفًا حادًا، وفي دورات مهارات التواصل أخبرنا أحد المشاركين أنه أشرف على وفاة أحد المرضى بعد أن ترك تناول حبوب الوارفرين "Warfarin" المسيلة للدم بعد زرع الصمام الابهر المعدني لعدم فهمه التوصيات التي زودها الطبيب بها.

وتصف مشلر " 1" حديث الطبيب والمريض في أثناء المقابلة الطبية على أن هناك روايتين غير منسجمتي الأهداف، وتسيران في خطين متوازيين، ويتحدث كل من الطبيب والمريض بموضوعين مختلفين.

وسيعرض هذا الفصل المشكلة من ناحيتين: أولاً: التباين الثقافي وأهمية التعرف على ثقافة المريض الصحية. وثانياً: الحرج اللغوي الذي يعني صعوبة فهم لغة المريض فهماً دقيقاً للتوصل إلى التعرف على أعراض المريض ومعاناته، وبالمقابل كيف يمكن للطبيب إتقان مهارة التعبير البسيط وبلغة واضحة لتثقيف المريض لتحمل مسؤولياته ليكون منسجماً مع الفريق العلاجي المشرف على حالته الصحية.

أولاً، التباين الثقافي Cultural Disparity

يمكن تعريف الثقافة على أنها الأفكار والقيم والمعتقدات والعادات والسلوك التي تستند إلى تربية الإنسان وتجاربه الشخصية. وتظهر الاختلافات الثقافية على الأكثر من خلال اللغة والمظهر والملبس والعلاقات العائلية تجاه المرض والتعامل مع الجنس الآخر. " 2"

تتضمن كل مقابلة اختلافاً ثقافياً بين الطبيب والمريض، ويظهر الاختلاف جلياً باللغة التي يستعملها المريض والاستعارات اللفظية المحلية لوصف المعاناة، ومفهومه الخاص للمرض التي توضح رؤيته الخاصة لأسباب المعاناة ومن المسؤول عنها، ومتى يطلب الاستشارة الطبية؟ وكيف؟ وسلوكه الصحي في أثناء رحلة المعالجة، وقد يشعر في بعض الأحيان بالذنب بسبب سلوكه الذي أدى إلى المرض، وبالمقابل يتمثل حوار الطبيب بالبحث الموضوعي عن الأعراض، ولديه منظور مختلف ومنهج علمي محدّد، وأن لا نستغرب الاختلاف في أثناء المقابلة الطبية.

وارتبطت الثقافة الصحية بتحسن النتائج الصحية للمرضى. وبالمقابل، فإن ضعف الثقافة الصحية يؤدي إلى تدهور حالة المريض، وإنفاقه مبالغ أكثر على علاجه. وتشير الدراسات " 3 ، 4" إلى أن المريض من ذوي الثقافة الصحية المحدودة لا يسأل أسئلة كثيرة عن مرضه، ولا يتمكن من قراءة التعليمات الصحية الخاصة بالأدوية، ولا يتمكن من شرح كيف يتناول أدويته، وتقل لديه المراجعة بحسب ما قد أتفق عليه مع طبيبه " 5 ، 6".

وتكثر عند هؤلاء المرضى طلب المعلومات من أقربائهم من الملاكات الصحية بعد زيارة الطبيب، ويسأل المريض عن مرضه والأدوية، وكيف عليه أن يتناولها؟ ولاسيما المرضى الخارجين من المستشفيات المحملين بكمية كبيرة من الأدوية والتي قد تكون خطرة على حياتهم إذا أخطأوا في استعمالها. وهل تساءلت مع نفسك، تُرى هل قدّم الملاك الطبي المعلومات الكافية للمريض عند خروجه من المستشفى؟ وإذا كان ذلك كذلك، لِمَ لمْ يستطيع استيعاب المعلومات واستعمال الأدوية استعمالاً سليمًا.

لذلك يجب أن يتحلى الطبيب بالكفاءة الثقافية "Culture competence" والتي تعني الفهم العميق والاستجابة المناسبة للاختلاف الثقافي الذي يجلبه المريض في أثناء المقابلة الطبية، وينصب التركيز

علـى فهـم الآخر. فضلاً عـن المفهـوم الحديـث التواضـع الثقافـي "7 " "Culture Humility" الذي يتضمن الوعـي الشـخصي للطبيـب ومحاسـبة الـذات على المسـتوى الفـردي والمؤسسـاتي فـي المنظور عنـد مقابلة الفـرد المريـض، وينصـب التركيـز هنا علـى فهم القيـم الثقافيـة الشـخصية التي تدفـع إلى تناقـض المواقف بيـن الطبيـب والمريـض، وكيفية تحقيـق العدالـة الاجتماعية في القـرارات الطبيـة. ولتقليل هـذا التباين ينبغي تدريـب المـلاكات الصحيـة على الطرق الأساسـية لرفع مسـتوى الثقافـة الصحية لـدى مرضاهم، التـي تعرفها منظمـة الصحـة العالمية بـــ: امتـلاك المريض للمهـارات والمعـارف التي تؤلـف الدافع للمريـض وتمكينه من الوصـول إلـى فهم المعلومـات الضرورية واسـتعمالها بطرق تعـزز صحته وتحافـظ عليها بحالة جيـدة " 8"، لذلك ينبغي اتباع الخطوات الآتية:

أ- مناقشة المعتقدات والممارسات الروحية والاجتماعية والمعالجة بالاعشاب التي يتناولها المريض والوصول إلى قاعدة فهم مشتركة بينهما.

ب- تزويـد المريـض بالمعلومات الصحيحة وبأسـاليب بسـيطة ودقيقـة وبلغة شـعبية ومفهومة، ومن دون مصطلحـات طبيـة معقـدة، حتـى يتمكـن أن يحيـط بالمضمـون الصحـي في مجـال البحث. وحينمـا نعطـي معلومة طبية وتدخـل في ذهن المريـض، لا يعنـي أن المريض سيتمسـك بها، لأننا لا نعـرف مـا الذي يـدور في خلده تجـاه هـذه المعلومة، ويحتـاج المريـض أن يقارنهـا بالتجارب التـي مـر بهـا ولا يعتمدهـا مـا لـم يقتنـع بفائدتها مـن وجهـة نظره ويتمسـك بهـا؛ وكثيـرة هي الأمثلـة التـي يرفـض المريـض المعلومة، مثل خشـية مريض السـكري مـن المعالجة بالأنسـولين، ورفض مريض الربو العلاج بالبخاخ.

ت- تحتاج المعلومة إلى تزويد المريض بالمهارة اللازمة ليتمكن من اتخاذ القرار لاستعمالها، مثل تعليم مريض السكري مهارة زرق الانسولين تحت الجلد كتمهيد لتقبل فكرة العلاج به.

ث- كذلك تحتاج المعلومة إلى عوامل نجاح أخرى مثل الظروف الداعمة لاعتمادها: كالمرحلة العمرية، الظروف الاجتماعية والمهنية والاقتصادية، والدعم العائلي.

ج- كما يجب بناء قاعدة شعبية تدعم الإجراءات وتؤكد أهمية تداول التعليمات وتداول الرسائل الصحية لتتحسن حالة المريض الصحية، مثل: مساهمة رجال الدين لنشر الثقافة الصحية في خطبهم الوعظية، وحشد الرأي العام لاتباع التوجيهات الصحيحة، وإعداد المعلمين مناهج تدعم الثقافة الصحية في جميع مراحل التعليم، وتكليف الممرضة وموظف الاستقبال في توجيه المريض إلى كيفية الاستفسار من الطبيب وطريقة عرض الأسئلة المناسبة.

ح- اعتماد صفحات تثقيفية موثوقة في الأوساط الإعلامية والشبكة العالمية للمعلومات، وتزويد المرضى بوسائل توضيحية أخرى كالمطويات الثقافية واللوحات والرسوم من مصادر سمعية وبصرية تساعد المريض لبناء قاعدة فهم مشتركة.

ثانياً، الحرج اللغوي Language Embarrassment

يجب تبني مفهوم ثنائية اللغة التي يجد فيها الطالب والطبيب ضالته في أن يتعلم بالعربية ولا يفقد تواصله في الوقت نفسه باللغة الإنجليزية.

محمد توفيق الرخاوي

خبير منظمة الصحة العالمية

تقدر المقابلات الطبية التي تجري بالعراق بأكثر من مئة وعشرين مليون " 120" مقابلة سنوياً، إذا ما افترضنا أن أي شخص يراجع 3 مرات الطبيب سنوياً. وتجرى هذه المقابلات باللغة العربية الدارجة، لذلك تحتاج إلى دراستها دراسة عميقة لفهم ما يجري فيها من مشكلات. وسنتطرق هنا إلى مفهوم اللغة والحرج اللغوي، والاختلاف بين لغة المريض ولغة الطبيب وكيفية المواءمة بينهما.

ونقول إن اللغة روح المجتمع، ووسيلة تواصله، وأداة التفكير ومادته، وتنتهي الأفكار إلى ألفاظ معبرة عنه " 9". ويمكن للغة أن تكون أول اسباب سوء الفهم في التواصل بين الاشخاص، وحتى لو كان الشخص متآلفًا مع لغة الأكثرية فهناك فروق طفيفة وتعابير مجازية واصطلاحية ودلائل غير لفظية يمكنها التسبب بسوء الفهم والارتباك لدى الاشخاص الذين لا يتكلمون اللغة بطلاقة.

ويمكن أن تتقارب الصورة الذهنية للمرض والمعاناة بين الطبيب والمريض، إذا فهم الطبيب دلالات ألفاظ المريض، واستعمالات الاستعارة من ثقافته، والمجاز في حديثه، والمفاهيم الهامشية الخاصة لألفاظه، والألفاظ المخبوءة بين كلماته؛ ليتضح المعنى الخاص بالمريض لمعاناته. ومن ناحية أخرى على الطبيب أن يتدرب على مهارة التعبير البسيط، أي يستعمل لغة بسيطة، مفهومة، قريبة لمنظور المريض، ومن دون مصطلحات طبية غير مفهومة مع جميع المرضى. " 10"

ولكن تطابق الصورة الذهنية الذي ننشده لا يحصل في كثير من الأحيان، فالمريض قد لا يمتلك صورة واضحة في ذهنه عن معاناته؛ لذلك تراه يصف معاناته بعبارات عامية غير دقيقة وبصورة مشوشة، تنتقل إلى ذهن الطبيب الذي يحاول ترتيبها، وتنظيمها مرة أخرى. وتصطدم بحواجز متعددة. إذ يحاول الطبيب إعادة صياغتها، وتحويلها إلى بيانات طبية، يمكن التعامل معها للتوصل إلى التشخيص. ويمكن أن نطلق على هذه الظاهرة العملية في الممارسة الطبية بـ"مشكلة الحرج اللغوي " 11" الذي يعاني منه الطبيب في أثناء الحوار الطبي، والتي ينبغي تحديدها والتركيز عليها، وعدم إهمالها؛ لما لها من عواقب وخيمة تصيب الممارسة الطبية بالصميم. وتظهر مشكلة الحرج اللغوي أيضاً في أثناء الحوار الطبي، والتخاطب والمناقشة بين الفريق المعالج "الأطباء والطلبة والممرضات والصيادلة والملاكات المساعدة الأخرى"، مثال الحرج اللغوي في حوار المقيمين في الفيسبوك وهم يعرضون حالات مرضية للمناقشة:

الحالة الأولى: أول أسبوع اوفر لاب جنت اكيوت بعدني واجتي وحده ب ٢ الظهر دكول اني ضايجه وكعدت ع كرسي كدامنا وكامت تبجي متعاركة ويه رجلها وعيالها وكالت صدري مقبوض بوقتها الكرونك سوتلها اي سي جي طلعت اس في تي بصراحة انصدمت وضليت طول فتره الروتيشن بالي هالكيس ولانساها ولافاتني شي ابد من الخوف.

الحالة الثانية: اني مره جنت نايت طواريء والصبح بوكت التسليم اجه ولد تقريبا ١٤-١٥ سنه وهم توقعت ماجوس وحطيت ايدي عالبلص هيج وجان الكاه مال اس في تي وبقيت وراه لحد ما سووله اي سي جي لان ممرضين طلعو وذبوه عالشحن..وقت التسليم كلش مهم لان ممكن تجي كيسات سيريص واحنه نكون تعبانين وبس نريد نسلم ونطلع.

الحالة الثالثة: مريضه شابه عمرهه ٢٧جتي ع سديه واهلهه وياهه يكولون داخت ووكعت فجأة،فحصتهه فايتلي ستيبل مبيهه اي شي فتوقعتهه اج واي اس بس مطلعتهه سلمتهه لجماعة النايت مبقيهه للصبح صايره عدهه تشنج بركبتهه وصايره دراوزي باليل الصبح دازيها سي تي وطلعت intraventricular haemorage وتحولت للكاضميه.

الحالة الرابعة: لعد اني البارحة هم اجة واحد يونج ايج ودزنك... هم عبالي اج واي اس كالعادة... حطيت السماعة على الجيست مالتة طبعاً فرق رهيب بالاير انتري بين الليفت والرايت.. عاد كبل دزيتة اكس ري طلع رايت سايد نيمو ثواركس؟ اي بيشنت دزنك لا تبخلون انو تسوولة اوسكلتيشن.. بغض النظر عن الايج والبرزنتيشن... ترة هيج كيسات صح نادرة بس اذا ما لكفتها ما رح تسامح نفسك ابداً.

إذ تختلط الكلمات العربية بالإنكليزية وتؤدي إلى رطانة غير مستساغة، وتُحوّر الكلمات لتصل إلى كلمات غير صحيحة لفظاً ومعنىً، مما يزيد في غموض الطب، واضطراب التواصل وتظهر مشكلات عويصة، منها:

- اتهام المريض بتغيير روايته.

- ازدياد الفجوة بين الطبيب والممرض والمريض.
- اختلاف الأطباء فيما بينهم في اختيار المفردات والعبارات المعبرة عما يقصده المريض.
- إفراط الطبيب في استعمال الفحوص الطبية المعقدة، بدلاً من المقابلة الطبية الصحيحة.
- معاناة الطبيب عند تدوين الرواية المرضية واختصارها.
- لجوء الطبيب للإسهاب في ملخص أعراض أجهزة الجسم"Review of systems".
- الإكثار من استعمال الأدوية غير الضرورية.
- إهمال الملف الطبي "Medical record" وعدم الثقة بمحتوياته. "10"

لغة المريض Patient's language

من أبلغ الأشياء فيما يحتاج إليه الطبيب في علاج الأمراض بعد المعرفة الكاملة بالصناعة، حسن مساءلة العليل، وأبلغ من ذلك لزوم (الطبيب) العليل وملاحظة أحواله. وربما لا يحسن كل عليل أن يعبر عن نفسه. وربما كان في العلة من الغموض ما لا يتهيأ للعليل، ولو كان عاقلاً، أن يحسن العبارة". الرازي

حينما أنصت للمريض وهو يشرح معاناته، أتأمل كيف يصوغ عباراته؛ ليوصلها لي كي أشعر بما يدور في ذهنه، ويتلجلج في صدره من أفكار ومشاعر وهواجس وأمل. وكل مريض يعطي للطبيب صورة مرضية خاصة به، كصوته أو مشيته؛ بحيث لا يوجد شخصان في العالم يعانيان معاناة واحدة ويعبران عنها بالتعبير نفسه حتى لو تشابهت أمراضهما وأصيبا بالداء نفسه، مثال: لغة المريض

أم جاسم، أرملة عمرها 54 سنة ضخمة الجسم وزنها 100 كغم، راجعت العيادة ومصابة بسرطان الثدي المتقدم وعرضت مشكلتها بأسلوب شعبي رائع:

المريضة: دكتور عندي جغدة بثديي الأيسر صار إلها خمس سنين، مثل الدملة، خايفه اسويلها عملية، طلع فطر بيها، وبعدين گام يدي، وينغزني مثل الإبرة، ويدي مِدة ودم، وتتوصخ ملابسي واغسلها بالمي والصابون الرگي واضمدها بس ما يفيد، وكلما اتحرك تنلجم، وما اكدر انام على صفحتي اليسرى ولا على ظهري ينگطع نفسي... شوف...

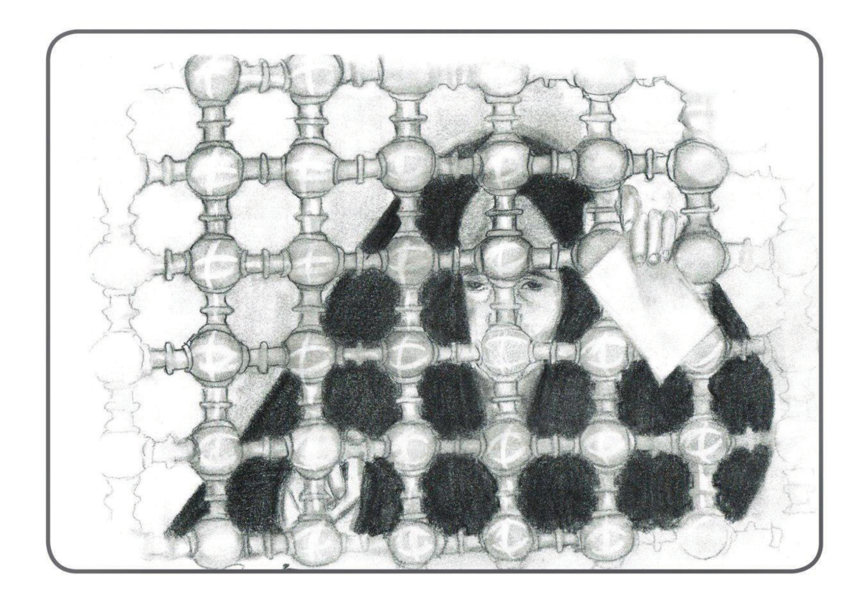
"ثدي متورم وورم بحجم البرتقالة مع قرحة كبيرة 4×4 سم، ويخرج قيحاً برائحة كريهة"

راجعت دكتور بالعمارة انطاني ابر وعلاج، وانكطعت المِده والدم واحد وعشرين يوم، ومن رجعت لبغداد رجعت النوب. دكتور ما عندي غير الله وانت، بس اريدك تيبسها إليّ، ما اريد غير شي، ورحت لبو الجوادين وذبيت التقرير بشباچه واريد من ابو الجوادين ينطيني مرادي.

واني ارملة ومالي احد وعايشه وحيده، منك ومن غيرك الله ساترها، وعندي بس ابنيه وحده، هم ارملة؛ زوجها شهيد وتركلها تلث جهال، ما اگدر اروحلها، صايره ثگيلة ما اگدر اروح لبنتي وگطعت زيارة اليمه، من امشي اگوم انهج، واريد الله ياخذ عمري وارتاح.

الطبيب: الله يساعدك ويأجرج على لمصيبة، وإن شاء الله اگدر ايبسها الچ، حجيه انت تعرفين هذا المرض موزين وينرادله مداراه، اريد نتعاون حتى نيبس الجرح على الأقل، أولاً اريد من الله ومن ابو الجوادين يشفيچ، ويكون ايمانچ قوي بالله وبأهل البيت. وبالنسبة للجغدة البسي حمالة صدر حتى يقل الألم وما تلچمين من تتحركين وعرّضي الجرح للهواء واريدچ تنشفينها بشاش معقم بس ولا تغسلينها بالمي والصابون، لأن راح تلتهب أكثر، وكلما تنز سائل أصفر تنشفينه بالشاش وأوصفلچ ادوية تگطع الالتهاب وتقلل الألم شوية وتحملي شوية، واصبري إن الله مع الصابرين، وشوفيني اذا تگدرين بعد شهر اراجع العلاج.... شنو رايچ؟

المريضة: صار دكتور..... والله إذا يبس الجرح احني بابك.... مساومة المريضة وشرطها للالتزام بالعلاج

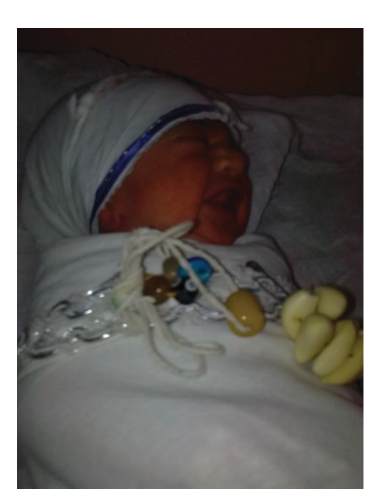


ومن هذا المثال يمكن ملاحظة أن المريض يُعبر عن معاناته بلغة ترتبط بثقافة المجتمع وفكره ارتباطاً وثيقاً، ويستعمل المتداول في بيئته من لهجته، ويصف معاناته بمنظور نفسي اجتماعي مألوف للدلالة عما يعاني مع حشوٍ وجداني في بعض الأحيان، وفي أحيانٍ أخرى، يقلل من أهمية ما يعانيه لفظياً لأسباب شتى. وتتراوح بنية كلام المريض بين أن يكون موسوعياً يربط الأعراض بالأحداث الاجتماعية بحديث شائق، يُمكِّن الطبيب المنصت جيداً من معرفة معاناته معرفة واضحة، وبين أن يكون فضفاضاً غير مترابط يصعب على الطبيب إدراك معاناته، وبذلك يزداد تدخل الطبيب ومقاطعته لسحبه إلى الموضوع الأساس، وربما تذهب جهود الطبيب سُدًى، أو قد تثبط حالة المريض النفسية حديثه فيختصر، وينتظر أسئلة الطبيب التي قد تشوش روايته.

ويستعير المريض المألوف من بيئته ليصف بها معاناته " القاموس الطبي الشعبي"، إذ يصف الفلاح ألم الذبحة الصدرية بالجمرة التي تشتعل في صدره، والعامل بضغط المنگنة (كلمة فارسية بمعنى قراص) التي يستعملها، وربة البيت بالسكين المغروسة في صدره، والصياد بالفالة المغروسة بين كتفيه، والإنسان البسيط مثل بريمز يشتعل بصدري والمتعلم بالجبل الذي يجثم على صدره.....الخ. أنها تعابير حياته اليومية التي يدرك معناها جميع أفراد مجتمعه.

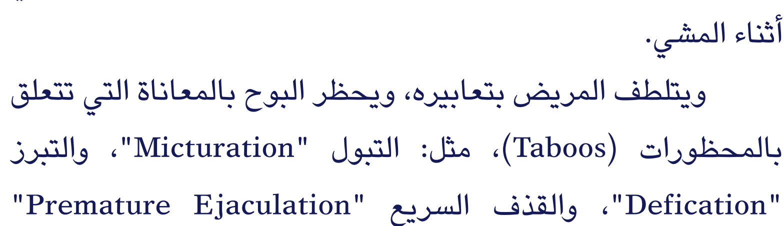
كما يستعمل المريض المجاز اللغوي والتعابير العامية للدلالة عن معنى ألفاظه "12"، لاسيما حينما يريد أن يصف معاناة دقيقة، مثل: الفحة (من فحيح الأفعى) لعسر التنفس"Dyspnea "، وألم العصب الوركي "Sciatic Nerve" يدعى عرق النسا "ينسي ما قبله من ألم"، "البرگ" كالبرق لألم العصب ولاسيما لألم العصب القحفي الخامس "Trigeminal Neuralgia"، والجالي، لسوء الهضم "Dyspepsia"، والقولنج، كلمة فارسية تعني مغص، والصرة المشلوعة "Displaced Umbilicus" لألم الشرسوف، والشمرة، للصرع "Siezures"، والمتن، للتشنج العضلي "Muscle Spasm"، واللتبه للألم المحدد، والكارف، للتقيؤ والإسهال عند الأطفال وتشخص

العارفة الطفل الكارف بشم رائحة غائط من جسم الطفل الرضيع، وتعطيه دواءًا شعبياً يدعى السـكّوة "Younus, 13 "2017"[1]، والتنگ، للربو "Asthma"، والحيل البايد، للنحول "Fatigue"، البطن التمشي، للإسهال "Diarrhea"، وأبو صفار، لليرقان "Jaundice" وغيرها كثير.



صورة لولد علق على صدره ثوم+ وخرز صفراء للوقاية من ابي صفار وبيضاء لإدرار الحليب وزرقـــاء لـلـوقـايـة مــن الـحـسـد

أما أمراض الغدد الصماء والأمراض النفسية فقد توصف بأعراض لا تخطر على البال، مثل: وصفت أم حالة ابنتها المصابة التسمم الدرقي "Thyrotoxicosis" بـ (دكتور من تباوع عليك تريد تاكلك ومن تكوم ترجف مثل السعفة) أنه تعبير يلخص معاناة المريضة تلخيصاً دقيقاً ولكن باللهجة العامية، ووصف مريض مصاب بمرض الشلل الرعاشي "Parkinson's Disease" حاله بأنه يشعر أنه محدد الحركة "مـچتف" بسبب تصلب العضلات وفقدان تلويح اليدين في أثناء المشي.



ويتلطف المريض بتعابيره، ويحظر البوح بالمعاناة التي تتعلق بالمحظورات (Taboos)، مثل: التبول "Micturation"، والتبرز "Defication"، والقذف السريع "Premature Ejaculation" للمني، والجماع "Intercourse" فيذكرها بتعابير لا تُفهم مباشرة؛ إلا بعد الاستفهام منه عما يقصد - بتعبيره عن الأعراض التي تثير لديه الاشمئزاز والتقزز "تكرم من اروح أطيّر مائية"، مثل المائية للبول، ويشير إلى ألم المستقيم، دكتور أريد تحاليل عامة وبعد مراجعة الطبيب ومناقشة التحاليل يصرح يمكن عندي بواسير، ويتردد من ذكر الحكة الشرجية والمهبلية للنساء "عندي حكه بسوأتي أو بلحمي". ويحتاج السؤال المباشر للتحري عن الجماع، وصعوبته، والعنة "Impotence"، وقد يتباهى الرجال بقدراتهم الجنسية ويدعون ما يدعون من الفحولة، والرجولة، وتقلل من أهميتها النساء. وكذلك عادة تناول الكحول الذي يعد عيباً اجتماعياً، يحاول المريض التقليل من ذكر كميته المتناولة.

ويخشـى المريـض ذكـر بعـض الأعـراض، والعلامـات المرضيـة، والأمـراض المهلكـة، مثـل: النفـث الدمـوي "Hemoptysis" والسـرطان "Cancer"لذلـك تـراه يتحـرج مـن ذكرهـا وقـد يخفيهـا، والتـي تـؤدي بمـا يعـرف بـمتلازمة الاسـتدراك "نسـيت اگلـك دكتـور" "By the way doctor" أو إخفـاء العـرض المهـم" Hidden Agenda " "14"، وقـد ينعـت السـرطان بـــ "المـرض الذي مـا يتسـمى" أو "ذاك المرض" والفلاحـون يسـمون الحصبـة بالعلوية "Measles" أو المباركـة للتخفيـف مـن الهلـع الـذي يصيبهـم عنـد ذكرهـا ومثلهـا يسـمي الحمـى Fever "الصخونـة " والتـي تعـاوده بالزائـرة وغيرهـا كثيـر، كعـادة العـرب: يصفون الأعور بكريم العين والأعمى بالبصير.

1- تختلـف مكونـات السـكوة مـن مـكان لآخـر وقـد حلـل الباحثـون عينـة واحـد ووجـدوا فيهـا المـواد الأتيـة: مـواد حيوانيـة جلـد الفـأر ولحـم القنفـذ ودم وبـراز وبـول حيوانـي ومـواد غيـر عضويـة: الرصـاص، والزرنيـخ والزئبـق ومـواد قلويـة الدجيتالس، وبودرة "بينتونايت، Bentonite".

ويوحي المريض بمعاناته المقلقة بدلالات أخرى، مثل: يرفع نغمة صوته، ونبر الكلمة المراد توكيدها أو يستعملها بصيغة نحوية أو صرفية مغايرة لموقعها الأسلوبي؛ ليعطيها معنًى خاصًا، ينبغي للطبيب إدراكها والتحقق من فهمها، فمثلاً يقول: الوجع موتني، الحـكّلي دكتور راح اموت، وبنبر يوحي بقساوة الألم.

وأخيراً، ومع أخذ جميع هذه الملاحظات في الحسبان، نرى أن بعض المرضى قد لا يحسنون التعبير عن معاناتهم لوجود غموض في العلة، وأعراضها، وكيف تبدو لهم؟ ويصعب عليهم تفسير ما يعانون منه، على الرغم من ثقافتهم وعلمهم ومثال على ذلك يصعب على الشخص المريض أن يصف الألم الحشوي "Viseral Pain" الصادر من الأحشاء الداخلية المتألمة، مثل: القلب والمعدة والكبد والطحال، لأن طبيعة الألم غامضة، وتختلف عن طبيعة الألم البدني "Somatic Pain" الواضح المعالم وما أعظم الرازي الذي تنبه للمشكلة قبل ثلاثة عشر قرن.

لغة الطبيب Doctor's language

يحكى أنّ ملك الصين وجه قديمًا السؤال الآتي إلى الفيلسوف كونفوشيوس: أريد أن أصلح مملكتي، فبماذا أبدأ؟ فأجابه الفيلسوف، ابدأ أولاً بإصلاح اللغة.

محمود أحمد السيد

فكم من المحتوى الطبي سيضيع بين الذين يرطنون بلغة غير لغتهم، سواء أكانوا من الأساتذة أم من الطلبة، وما مستوى تعاملهم بهذه اللغة الأجنبيّة، وأكثرهم لم يمارس هذه اللغة في مواطنها، وكم من الأطباء سيتابع مجلة أجنبية بعد التخرج؟ يجيب ليس أكثر من ٥% في أحسن الظروف، فأي تواصل هذا وأيّ متابعة هذه؟

محمد هيثم الخياط

يحتوي المعجم الطبي الموحد على مئة وخمسين ألف مصطلح طبي[1]، ويستعمل الطبيب أكثر من 15000 مصطلح طبي " 1" في أثناء ممارسته المهنية مع بناء منهجي تدريجي منطقي، تتدرج فيه الأعراض، وتصنف استناداً إلى نموذج طبي إحيائي مع تسلسل زمني، وتحديد الحوادث والمعاناة تحديداً دقيقاً. وكثيرٌ من المصطلحات الطبية لا يمتلك الطبيب ما يقابلها من مفردات عربية واضحة، وتتكاثر هذه المصطلحات تكاثراً تصاعديًا كالمتوالية الهندسية بسبب التطور العلمي المذهل ودخول التقنية الحديثة في كل فروع الطب، ويصعب على الطبيب الفرد أن يجد مرادفات عربية لما يواجهه من مصطلحات في أثناء عمله المهني. وتنطبق حكمة كونفيشيوس اعلاه على اللغة التي نستعملها ويجب البدء بإصلاح لغة الطبيب أولاً، وأن نعي الاختلاف اللغوي، ونسمح للمريض بسرد روايته قبل أن نرغمه على الدخول إلى لغتنا والتي تحتاج إلى مهارات قد يصعب على الطبيب الحديث إتقانها.

1- يتوافر المعجم الطبي الموحّد مطبوعاً، وعلى أقراص حاسوبية، وعلى الإنترنت. وتتضمن طبعته الرابعة التي صدرت من دار لبنان ناشرون، بيروت عام 2006 على مئة وخمسين ألف مصطلح باللغتين العربية والإنكليزية، مع إصدارة ثلاثية اللغات بالعربية والإنكليزية والفرنسية عام 2009. إلا أن معظم المصطلحات متاحة على الإنترنت وعلى الأقراص الحاسوبية باللغات العربية والإنكليزية والفرنسية والألمانية والإسبانية والفارسية.

المصطلحات: مفاتيح العلوم، على حدّ تعبير الخوارزمي، وقد قيل: إنّ فهم المصطلحات نصف العلم، لأنّ المصطلح هو لفظ يعبّر عن مفهوم... ومعرفة المصطلح ضرورة لازمة للمنهج العلميّ، إذ لا يستقيم منهج إلاّ إذا بُنِيَ على مصطلحات دقيقة... حتى أنّ الشبكة العالميّة للمصطلحات في فيينا بالنمسا اتخذت شعارًا: **لا معرفة بلا مصطلح**... " 9"

ويجب الاعتراف أن لغة الطب تختلف عن لغة المريض، لذلك ينبغي أن نخلق جسراً للتواصل اللغوي ونقدم الدعم للطبيب والمريض معاً ولاسيما حينما يواجهون الغموض وعدم اليقين في أثناء مسيرتهم الشفائية. " 15" وعند إدراك الراوي "المريض" كيف تُفهم أثر كلماته وأهمية صياغة المعاناة لغوياً، سيتمكن من إيجاد العبارات المناسبة لما يعاني؛ لتكون عند ذاك قريبة من المفهوم الطبي، ويسهل تدوينها في الملف الطبي "Medical Record" بعبارات المريض أو ما يقاربها.

إنّ وطن العلم هو اللغة التي يكتب بها، ولا يمكن أن ندّعي لعلم كتبه أبناء العروبة إذا لم يكتب بالعربية. فما أحسن أن يكون الأستاذ عربيا، يتحدّث العربيّة، والطالب عربي يتعلم بالعربية، والمريض عربي لا حاجة للترجمة والتواصل بالواسطة، فالأمور مفهومة واضحة والتعابير بسيطة سهلة....

الدكتور راجي عباس التكريتي

ويمكن اعتبار الحرج اللغوي عاملاً مثبطاً للممارسة الطبية تشخيصاً وعلاجاً. ويمكن تجاوز الحرج اللغوي في الممارسة الطبية بـ:

- زيادة المفردات الطبية العربية، والتعرف على المصطلحات الشعبية للأمراض وعبارات الاستعارة لها، ونحن بحاجة ماسة لدليل أو قاموس طبي شعبي لاسيما للأطباء العاملين في الأرياف.
- إيجاد مرادفات عربية فصيحة مقابلة للمصطلحات الطبية باللغة الدارجة شرط أن لا يحدث أي خلل بالمعنى ومن ثم مقارنتها مع المصطلحات الطبية الأجنبية.
- تحديث المصطلحات الطبية الشعبية دورياً.
- إدراك الاختلاف اللغوي بين اللغات.
- تدوين الرواية المرضية الأصلية والجانب الاجتماعي والنفسي باللغة العربية، حتى تتمكن المجموعة العلاجية كافة من فهم حالة المرضى فهماً دقيقاً.
- وبالنتيجة تنتقل تلك المفاهيم إلى المرضى، وبذلك يزداد الوعي الصحي في المجتمع وتتقارب الصور الذهنية للمرض والمعاناة بين المريض والطبيب؛ وبذلك تتحسن الرعاية الصحية للفرد والمجتمع.

الأسئلة

- عرف الثقافة الصحية، التباين الثقافي، الكفاءة الثقافية، الحرج اللغوي.
- من ممارستك العملية استحدث كلمات وتعابير عربية فصيحة للكلمات المشوه الشائعة في مؤسستك الصحية.
- أكتب حوار شعبي مع مريض يتضمن كلمات وتعابير محلية وترجمها إلى اللغة الفصحى ثم إلى اللغة الإنكليزية.

المصادر

1. Mishler, Elliot George, The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews, 1984, Albex publishing corp.
2. Helman c.G., Culture Health and Illness. London, Hodder Arnold;2000
3. Williams MV, Baker DW, Parker RM, et al. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. Arch Intern Med. 1998;158(2)166-72.
4. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA. 2002;288(4)475-82.
5. Chew, L., et. Al., Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a Large VA Outpatient Population. J Gen Intern Med. 2008 May; 23(5): 561-566.
6. Fortin, A.H., Dwamena, A.H., Frankel, R.M., Smith, R.C., The Middle of the Interview: Patient-Centered Interviewing, Chapter 5 In: Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, 3rd edition. 2012, McGraw-Hill
7. Tervalon, M., & Murray-García, J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9:1998: 117-125.
8. WHO Health Promotion Glossary; www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf, Download July 9 2018.

9. مهدي صالح سلطان، في المصطلح ولغة العلم، كلية الآداب، جامعة بغداد، 2012.

10. عبدالسلام سلطان، المقابلة الطبية الحديثة وتقنياتها الأساسية 2001 بغداد وزارة الصحة العراقية

11. Sultan A.S., Muhamad S.S., The importance of teaching and learning communication skills in local rather than English for non English speaking doctors, Scotland EACH 2012 Conference Abstract book.

12. سلطان مهدي، صالح عبدالسلام، التفكير في معجم صحي عراقي، مجلة المعجم العلمي العراقي، الجزء الثالث – المجلد الثامن والستون، بغداد 2021.

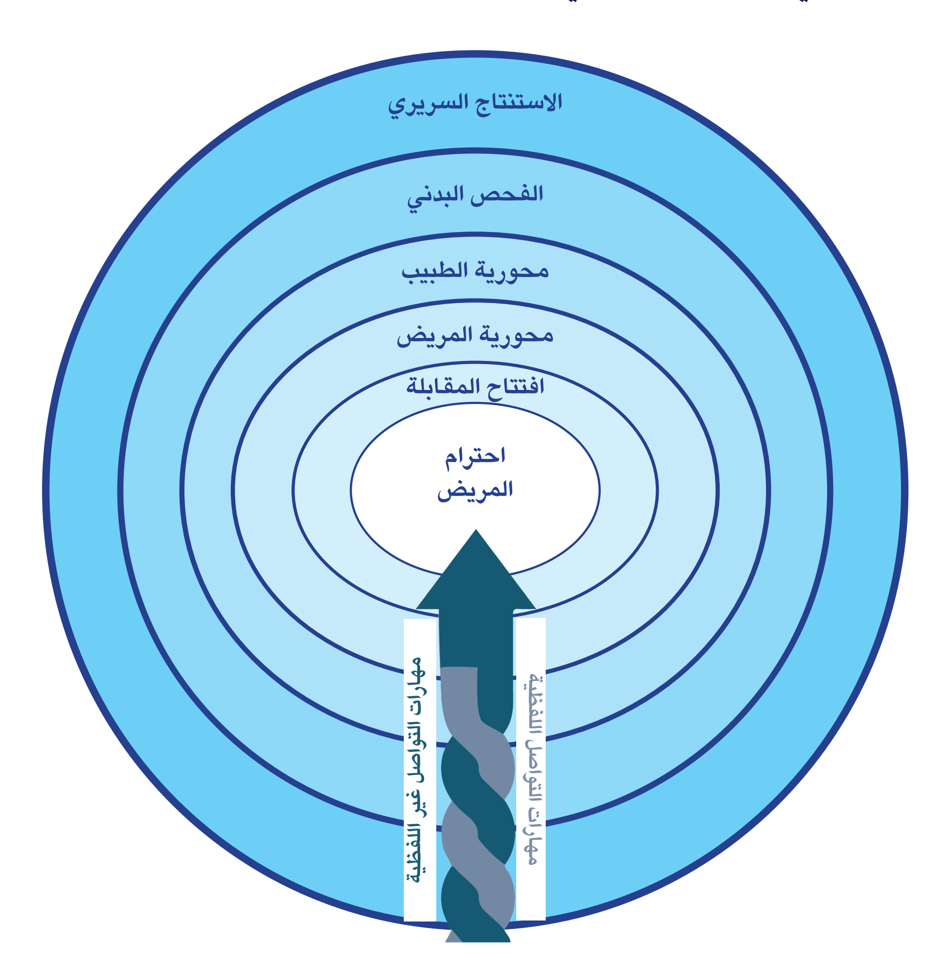
13. Younus MM, Ali, NK, Abdulqader H, Traditional Medicine in Iraq, is it still a source of serious adverse events? A documentation of serious adverse events of Sagwa among infants in Iraqi Paediatric Hospitals, Iraqi New Medical Journal July:2017;3(2).
14. White J, Levinson W, Roter D. "Oh by the way ..." the closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med. 9:1994:24-8.
15. Suzan S. Mazor, MD; Louis C. Hampers, MD, MBA; Vidya T. Chande, MD; Steven E. Krug, MD. Teaching Spanish to Pediatric Emergency Physicians Effects on Patient Satisfaction Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156(7):693-695.

الفحص البدني والاستنتاج السريري

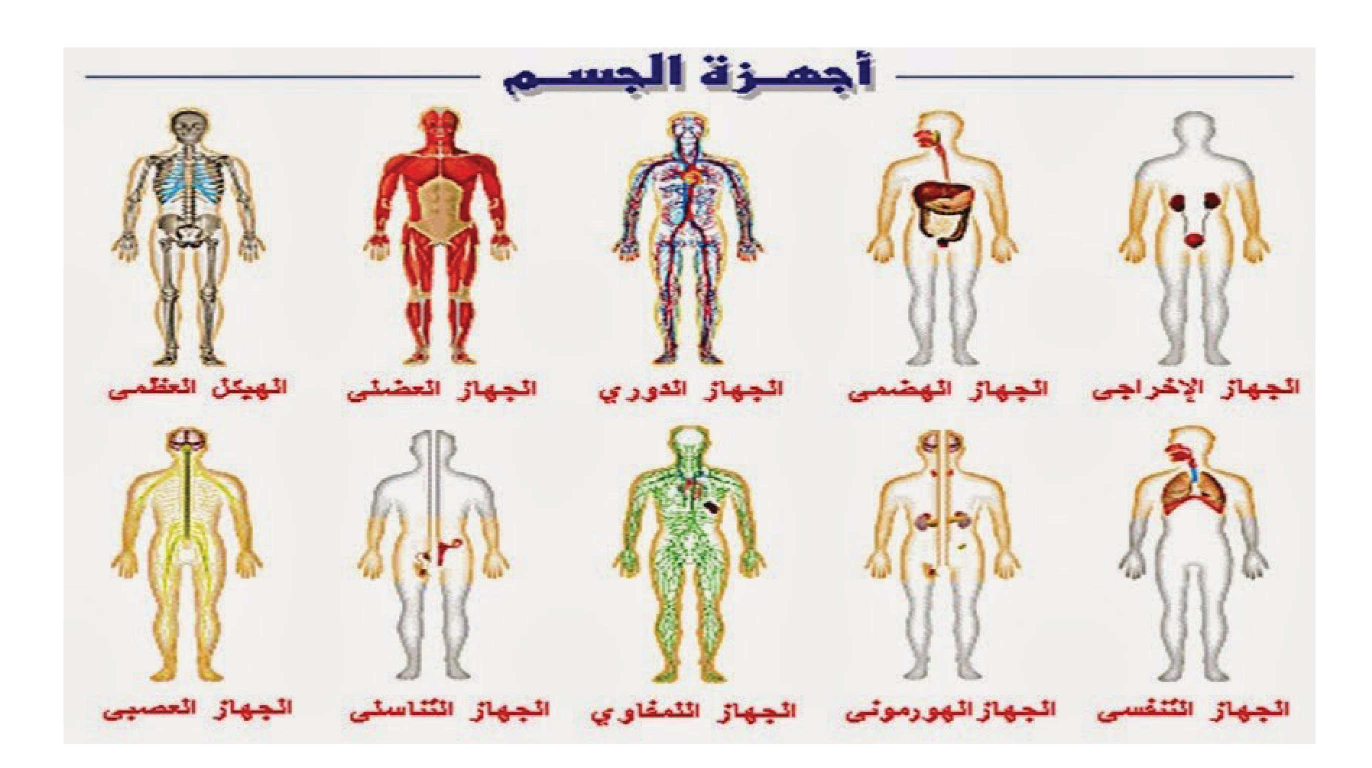
Physical Examination

يذهب الطبيب إلى الفحص البدني بعد اكمال الحوار الطبي بجزأيه رواية المريض والجانب السريري من بناء التاريخ المرضي، ويعد الفحص البدني أحد أنواع التواصل غير اللفظي، ويستمر الطبيب في اثنائه إكمال المعلومات مع جس كل جزء من أجزاء الجسم مثل تحديد مكان الألم وأين ينتقل أو ينتشر، وقد يتذكر المريض في إثنائه بعض المعلومات المهمة والأمراض التي أصابته، ويتدرب الطالب في المراحل السريرية عليه تدريبًا منهجيًا.

مفردات التواصل في أثناء الفحص البدني:



- احترام المريض
- أخذ موافقة المريض قبل جس أي جزء من جسمه.
- اخبارالمريض عن الجزء المراد فحص طريقة الفحص.
- اعداد الخصوصية والسرية اللازمة عند فحص المناطق الحساسة.
- حضور الممرضة أو أحد اقارب المريض لاسيما عند فحص امرأة من قبل طبيب.



الاستنتاج السريري والمشاعر Clinical Reasoning and Feelings

لا تنسى أن تسأل نفسك، لماذا؟ د خالد ناجي

ونعني **الاستنتاج السريري المهارات الادراكية (Perceptual Skills)** "1" وتشمل كيف يفكر الطبيب وبماذا يشعرفي أثناء المقابلة؟ وكيف يدرك مشاعر المريض وأفكاره عن المرض والشؤون الأخرى التي تقلقه، إنه القرار الشخصي والمنطق السريري ومهارات حل المشكلات في منظوره الخاص، ويرتبط الاستنتاج السريري أيضًا على إدراك الطبيب لمفاهيمه الخاصة وموقفه من المريض أو التحيز له أو عليه.

مثال: تداخل مشاعر الطبيب وأفكاره تجاه التشخيص

تداخل افكار الطبيب ومشاعره تجاه التشخيص

لم يتمكن الطبيب من معالجة أحد أولاده لأنه سيتحيز للتشخيص البسيط ولا يصدق التشخيص الخطر اخبرني طبيب أطفال أن ولده عانى من التبول بكثرة والعطش وفقدان الوزن ولم يخطر بباله أنه مصاب بداء السكري، على الرغم من تأكيد هذا الطفل وادعائه أنه رجل الماء لكثرة تناوله المياه، وينعت اخوه على أنه رجل الطعام لشراهته بالأكل، وغالباً ما يضحك الوالد على هذه الوصف ولا يربطه بتخصصه.

وليس هناك اتفاق أو قواعد تحدد أفكار الطبيب أو تصوراته عندما يعالج البيانات السريرية، ولكن يمكن أن يُعبّر عنها بالحكمة السريرية التي تعتمد على خبرة الطبيب وممارسته العملية في تحويل افكار المريض ومشاعره إلى اللغة الطبية. فالاستنتاج السريري مهارة ذهنية سريرية معقدة، والتي من خلالها يتمكن الطبيب من تفسير المعلومات التي حصل عليها في أثناء الحوار الطبي والفحص البدني، والتعامل معها طبيًا.

ويجب أن يبدأ الاستنتاج السريري بعد إكمال جميع البيانات، وإذا ما استعمل الطبيب الاستنتاج السريري مبكرًا وقبل أن يكمل المعلومات المطلوبة، فإنه سيضطر أن يسأل أسئلة مغلقة لإكمال البيانات الناقصة، مما يؤدي إلى معلومات غير دقيقة واستنتاج خاطئ، لذلك يجب أن يقف الطبيب بعد نهاية المقابلة الطبية بعيدًا عن المريض ويسأل نفسه السؤال الآتي:

تُرى ماذا تعني هذه البيانات؟

ويمكن الإجابة عن هذا السؤال الجوهري المهم في المقابلة الطبية باستخراج الانطباع الأولي "First Impression" والذي قد يحمل تشخيصًا أوليًا، أو احتمالات متعددة، يعتمد عليها في خطوات التدبير اللاحقة. لذلك ينبغي أن يتعرف الطبيب عما يجول بخاطر المريض قبل إشراكه بالاستنتاج السريري، ويسأل المريض عن: ماذا تعني له اعراضه؟

مثال:

مريض يعاني من مغص كلوي أيمن...

الطبيب: ما الذي جئت من أجله؟

المريض: أريد أن تجري لي فحص سونار لأتأكد من كليتي اليمنى.

ويعطي هذا السؤال الطبيب فرصة لمقارنة الانطباع الأولي الذي توصل إليه، وما يفكر به المريض ليرسم خارطة الخطة التشخيصية المناسبة له. ولكن تكمن الخطورة هنا إذا لم تتوافق الصورة الذهنية التي رسمها الطبيب في ذهنه عن حالة المريض والصورة الذهنية التي يحملها المريض عن حالته الصحية، فمثلاً يرفض المريض تشخيص ارتفاع ضغط الدم الذي يعتقد الطبيب اصابته به، ويرفض بعدها الإجراءات التشخيصية والخطة العلاجية اللاحقة.

مثال: تداخل مشاعر المريض وأفكاره تجاه التشخيص

الطبيب: من الحوار والفحص البدني اعتقد أنك مصاب بارتفاع ضغط الدم؟

المريض: لا دكتور ليس لدي ضغط، حينما انفعل يصعد درجة أو درجتين...

هنا يحتاج الطبيب أن يتفق مع المريض على: ما معنى ارتفاع ضغط الدم، وعلاقته بالانفعال

لذلك ينبغي على الطبيب أن يبذل مجهودًا ذهنيًا كبيرًا ويتعرف على ما يفكر به المريض ويوائم بين منظوره الطبي ومنظور المريض قبل البدء بالخطة العلاجية. وكلما تطورت خبرة الطبيب سوف يتبنى أساليب متطورة أكثر في الاستنتاج السريري "2 ، 3"، وما يأتي أنواع الاستنتاجات السريرية:

o المنطق الافتراضي الاستنتاجي hypothetico-deductive reasoning

وتعني بناء نظرية علمية تأخذ في الاعتبار النتائج التي تم الحصول عليها من خلال الملاحظة المباشرة والتجريب والتي ستتنبأ بالتشخيص، ومن خلال الاستدلال يمكن التحقق من أو دحضه بالمقارنة مع أدلة مستمدة من تجارب أخرى.

حينما يبدأ الطلبة مقابلاتهم مع المرضى، سوف يستخدمون افتراضات فكرية للوصول إلى الاستنتاج السريري. وفي هذا الأسلوب، ومع التقدم في جمع المعلومات من المريض يظهر تشخيص في ذهن الطالب، ويتأكد هذا التشخيص أو يدحض مع الاستمرار في جمع البيانات، وعند دحض التشخيص الأول يظهر في الأفق تشخيص ثانٍ، ويمكن أن يتأكد أو يدحض أيضًا ويستمر الطالب بوضع التشاخيص واحدًا تلو الآخر إلى أن يصل الاستنتاج السريري الذي يقتنع به.

وفي هذا الأسلوب المبكر جداً من الاستنتاج السريري الذي لا يستعمل في الحياة الواقعية إلّا للطالب المبتدأ الذي لم تنمو لديه خبرة طبية كافية للاستنتاج السريري الواقعي. ويتكون من نظريات تشخيصية متعددة بعد عرض المشكلات التي تنشأ في دقائق المقابلة الأولى. وعند تقدم المقابلة تثبت النظريات المتتالية أو ترفض بمسار المقابلة والفحص البدني والفحوص المختبرية أو الشعاعية المساعدة.

مثال: مريض 60 سنة، فقد أحد أفراد عائلته ويعاني من: الإعياء وفقدان الوزن، والاستنتاج الافتراضي: يبدأ الطالب باحتمال احد الأمراض الآتية:

- داء السكري،
- الكآبة،
- عجز الكليتين
- انسمام الغدة الدرقية،
- سوء الامتصاص
- التدرن
- السرطان
- أخرى.

إلى أن ينتهي منه وينتقل إلى الاحتمال الآخر وهكذا.

o المخطط الإرشادي — Schema-driven approach

يستعمل الطبيب مخططاً أو شكلاً ذهنياً مسترسلاً "Flow chart" يساعد في حل المشكلة ويمكن استعمال الأسلوب عند تراكم الخبرة والمعرفة فقط. ويحث الاستنتاج بالأسئلة الانتقائية والتفريقية التي تساعد على قبول أو رفض مجالات تشخيصية واسعة وتسمح بالملاحظة في مجال مشكلة محددة، مثال:



o النمط المميّز Pattern recognition

يستخدم الأطباء الخبراء طريقة استنتاج سريرية غير متاحة لطلبة الطب. يساعدهم في ذلك تراكم التفاصيل الدقيقة والسمات المميزة للحالات المحددة على هيأة طبعات "Templates" أو بناء ذهني منظم يدعى بـ"مخطوطة المرض، "Illness scripts" كلما تقدموا في مهنتهم. وغالباً ما توجد المخطوطات في مرضى معينين. وحينما يواجه الطبيب مشكلة معينة يبحث في رصيد المخطوطات المرضية ويتأمل هل هذا النمط معروف لديه.

ويخضع الانطباع الأولي إلى تمحيص بأسئلة اضافية ويرى مدى انطباقه. والنمط المميز ليس طريقاً مختصراً لكنه مهارة سريرية ضرورية يستعملها جميع الأطباء - ويمكن التنبؤ بها بعد ملاحظة حالات كثيرة جداً وعلى مدى سنين.

وتعتمد جميع أساليب الاستنتاج السريري على مهارات التواصل في جمع المعلومات، والخطر الكامن في الأساليب كافة هو البدء بالاستنتاج السريري مبكراً، والقفز إلى الأسئلة المغلقة المبكرة واستكشاف طريق واحد وجمع معلومات غير كفوءة وغير دقيقة ونصل إلى طريق مسدود. وقد يضطر الطبيب أن يبدأ مرة أخرى ويضع استراتيجية جديدة لحل المشكلة.

وأهم مهارة في أساليب الاستنتاج السريري الثلاثة حقيقةً هي الانصات الفاعل الذي يحصل الطبيب بها على صورة واضحة أولاً ثم يطبق المخطط الصحيح أو يزداد احتمال تمييز النمط المناسب. ويحصل الطبيب عند استعمال مهارات التواصل الحكيمة في التحري والأسئلة المفتوحة والانصات اليقظ إلى رواية المريض على معلومات يعتمد عليها في بناء النظريات والفرضيات، ووقتاً أكثر للطبيب لبناء استراتيجية حل المشكلة.

المصادر

1. "Silverman JD, Kurtz SM, Draper J,

مهارات الاتصال مع المرضى، كتاب منهجي مترجم، عبدالسلام سلطان وطارق المبارك، الفصل الثالث جمع المعلومات، طبع في رادكليف اكسفورد لندن. تأليف جوناثان سلفرمان وسوزان كورتس وجوليت درابر، 2010.

2. Elstein AS and Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. BMJ. 324:2002: 729-32.

3. Dornan T and Carroll C. Medical communication and diabetes. Diabet Med. 20:2003: 85-7.

خطة التدبير التشخيصية والعلاجية

Diagnostic and Therapeutic Plan

فليتق الله المطبب ولا يخاطر فليس عن الأنفس عوض، وكما يجب أن يقال إنه كان سبب شفاء المريض وبرئه، وكذلك أن يحذر أن يقال أنه سبب تلفه وموته

"الكندي"

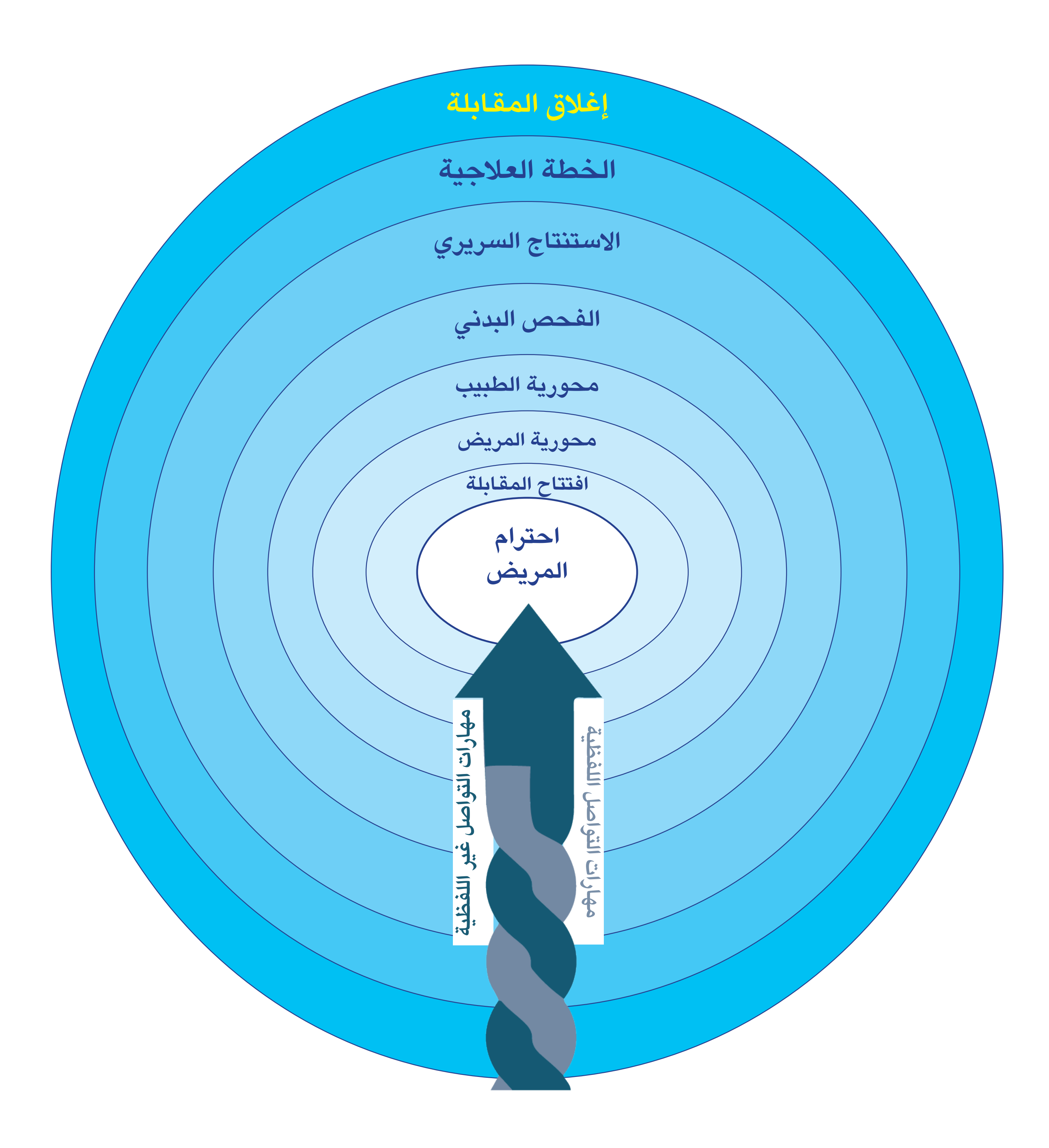
أنا وانت والمرض ثلاثة، إذا كنت أنا وانت معًا على المرض سنتغلب عليه وإذا كنت أنت والمرض عليّ ستغلبانني

"أبن سينا"

اجلس مع المريض 5 دقائق أكثر حتى تتمكن من الاستمتاع بالنوم الهادئ....

خالد ناجي




إغلاق المقابلة
الخطة العلاجية
الاستنتاج السريري
الفحص البدني
محورية الطبيب
محورية المريض
افتتاح المقابلة
احترام المريض
مهارات التواصل غير اللفظية
مهارات التواصل اللفظية

تُركّـز أغلـب برامـج تعليـم مهـارات التواصل علـى الجـزء الأول مـن المقابلة وتهمـل أو تقلل مـن أهمية الخطـة العلاجيـة " 1". ويمكـن تبريـر التركيز على بدايـة المقابلة لأنّ مشـكلات تواصلية عديـدة ترجع أصولها إليهـا. كمـا يجب أن تسـتند الخطـة العلاجية علـى معلومـات المـرض والمعانـاة، وأن تُبنى على هيـكل معاناة المريـض وأفـكاره وهواجسـه وتوقعاتـه. لذلك يعتمـد نجاح المقابلـة بنجاح الخطـة العلاجيـة، لأن القدرة على اكتشـاف مشـكلات المريـض، والحصـول علـى تاريـخ مرضي شـامل غير مفيـدة، إذا لـم يرتبط بخطـة تدبير يشـعر المريـض خلالهـا بالراحـة ويفهمهـا ويتعاون علـى تطبيقهـا. كمـا أن وصف الأدويـة التـي لا يتناولها المريض تعد جهوداً مهدورة للتقييم والتشخيص. "2 ، 3"

بعد استخراج الانطباع الاول، تبدأ خطة التدبير بإشراك المريض بالانطباع الأولي "4"، والذي قد يحمل تشخيصًا أوليًا أو احتمالات متعددة تعتمد عليها خطة التدبير اللاحقة. عندئذٍ يجب إشراك المريض بالانطباع الأول وينبغي مناقشته حول الخطوات اللاحقة للتأكد من التشخيص أو الطرق الملائمة لتدبير مشكلاته وبناء الخطة العلاجية، وعند وضع خطة علاجية ملائمة لواقع المريض غالباً ما تؤدي إلى تحسن النتائج الصحية. وقد تتضمن الخطة العلاجية موضوعات مختلفة "1 ، 4"، مثل:

- تشخيص الحالة المرضية والإجابة عن أسئلة تدور في ذهن المريض حول المعاناة.
- مناقشة برنامج علاجي تفصيلي؛ دواء، غذاء، رياضة.
- تثقيف المريض وحثه على الالتزام بالعلاج، وغالبًا ما ينفذ المرضى الخطط التي يوافقون عليها، لأن القرار بعد المقابلة سيبقى بيد المريض وحده ولا نشاركه في أخذ العلاج في بيته.
- الاتفاق على إجراء فحص أو تداخل جراحي معين، يحتاجه المريض لتدبير حالته الصحية تشخيصاً أو علاجاً.
- مناقشة فحص أجراه سابقاً، وقد يحمل هذا الفحص تشخيصاً خطراً على حياة المريض، والذي يحتم على الطبيب أن يبوح بالخبر السيئ للمريض. وحينها يجب أن يخصص الطبيب مساحة كبيرة للبوح بالخبر السيئ وبناء خطة مستقبلية لتدبير حالته.
- قد يحتاج الطبيب أن يناقش المريض في موضوع محدد مثل ترك العادات السيئة "كالتدخين" من دون طلب المريض، وهنا يجب أن يخصص الطبيب وقتاً مهماً في نهاية المقابلة للخطة العلاجية لتحفيز المريض لاتخاذ خطوات معتبرة لترك التدخين راجع المقابلة الحاثة "5".
- وفي جميع الحالات، يبدو من الضروري جداً إشراك المريض في اتخاذ القرارات المشتركة وصياغة خطط علاجية معاً.

مهارات بناء الخطة العلاجية

أولا: توجيه المريض إلى أن المقابلة انتقلت إلى مرحلة جديدة "الخطة التدبير" واستئذانه للبدء بمناقشتها.

ثانياً: ينبغي التعرف على معلومات المريض قبل البدء بأخباره.

ثالثاً: مشاركة المريض بالمعلومات والتأكد من استيعابه لها.

رابعاً: ادع المريض للمشاركة في صنع القرارات المشتركة.

خامساً: اشرح خطة العلاج بتكرار وضمنها منظور المريض إلى أن يوافق عليها.

سادساً: لخص القرارات واعط خطة أو تعليمات مكتوبة.

سابعاً: اضمن الدعم العائلي والمجتمعي لنجاح الخطة.

أولا: توجيه المريض إلى أن المقابلة انتقلت إلى مرحلة جديدة "الخطة العلاجية" واستئذانه للبدء بمناقشتها:

يمكن أن تؤدي هذا المهمة بعبارة بسيطة واحدة، فمثلاً تقول:

لدينا خمس دقائق أخيرة في المقابلة، أود أن أشاركك ببعض الأفكار التي تكونت لدي من روايتك المرضية ومناقشتها لبناء خطة علاجية, هل تسمح بذلك؟

إن استئذان المريض للمشاركة بالمعلومات قبل البدء بشرح الخطة العلاجية تزيد من قبوله لها.

ثانياً: ينبغي التعرف على معلومات المريض قبل البدء بأخباره "6"

ينبغي البدء بالتعرف على معلومات المريض السابقة التي تساعد الطبيب على تزويده بكمية المعلومات التي يرغب بإعطائه إياها، فمثلاً تسأل المريض أولاً:

مثال: قبل البدء بإعطائه المعلومات:

ماذا تعرف عن صداع الشقيقة؟

ثالثاً: مشاركة المريض بالمعلومات والتأكد من استيعابه لها.

يمكن اعتبار مشاركة المريض بالمعلومات مهمة صعبة، لأنه غالباً لا يستوعب حجم المهام التي ستقع عليه. وتشير الدراسات "1 ، 4" إلى أن المرضى ينسون نحو 40% من المعلومات المعطاة. وبالمقابل هناك مشكلة

أخرى، إذ يقلل غالبية الأطباء من رغبة المرضى للحصول على المعلومات لا سيما المرضى الخجولين والكتومين والصامتين. وبالنتيجة يصرفون وقتاً قليلاً جداً لشرح النتائج التي حصلوا عليها من المريض. ولذلك يجب البدء بإعادة معلومات التشخيص والمآل وتضمينها احتياجات المريض، وحينما تطّلع على معلومات المريض وتحدد جيداً احتياجه للمعلومات، اخبر المريض ماذا يجب عليه أن يعرف؟ وصنف المعلومات، فمثلاً تقول:

سنتكلم أولاً عن صداع الشقيقة، ماذا يعني؟ ثم نتكلم عن محفزاته وثم علاجه اعتمادًا على توقعات المرضى ومعتقداتهم الصحية وتجاربهم السابقة.

ويفضل أن تبدأ بالمآل الجيد للمرض قبل البوح بالتشخيص، وتقول لمريضة مصابة بداء الشقيقة؛ بعد مراجعة المعلومات أنا على ثقة أن لدينا فرصة كبيرة للسيطرة على الصداع الذي تعانين منه، واعتقد انكِ تعانين من داء الشقيقة.

وفي بعض الحالات، من المهم أن تراقب المريض في أثناء اخباره بالتشخيص أو المآل من تلميحاته غير اللفظية. ودائما يجب أن تستعد للتعبير عن للتعاطف بعد تسمية المرض وإدراك مأزق المريض وتقدير موقفه ودعمه وأن تجيب عن أسئلته.

حينما تعطي المعلومات، يجب أن يكون كلامك بلغة عربية دارجة، وتتجنب المصطلحات الطبية، فمثلاً: أن تقول قاتل الجراثيم بدلاً عن مضاد حيوي "Antibiotic". واستعمل عبارات واضحة وقصيرة، وكلمات بسيطة، ومعلومة واحدة في كل جملة، وشجع المريض على الأسئلة، وأجبه عنها إلى أن يدرك المريض معنى المعلومة التي أعطيته إيّاها. وأسأل المريض دورياً لإعادة المعلومات لتتأكد أنتما على مستوى واحد من تداول المعلومات، فمثلاً تستفسر بــ:

هل تخبرني ماذا فهمت حتى الآن؟

أو حينما تذهب للبيت سيسألك زوجكِ؛ ماذا قال لك الطبيب؟ ماذا ستخبريه؟

وصحح أي سوء فهم، واعد المعلومة الأهم مراراً، إذا لم يذكرها المريض.

مراجعة استيعاب المريض للمعلومات، teach-back method "7"

وهي طريقة للتأكد من استيعاب المريض وفهمه للمعلومات التي تعطيه، وتسمى أيضًا طريقة "أرني،show me، هي طريقة يتأكد الطبيب فيها من دقة فهم المريض لما شُرح له وبعباراته الخاصة. وتهدف هذه الطريقة إلى سد فجوة التواصل بين الطبيب والمريض، وتحسين الثقافة الصحية للمرضى وتقلل الأمية الصحية، وتقلل من الأخطاء الطبية. وتساعد على الاحتفاظ بالمعلومات وتقلل من إعادة دخول المرضى للمستشفى.

وقد أظهرت الدراسات أن 40 – 80 % من المعلومات الطبية التي يتلقاها المرضى تُنسى على الفور، وأن ما يقرب من نصف المعلومات المحتفظ بها غير صحيحة، ويمكن أن يستعمل طريقة مراجعة التعليم أي شخص من الملاك الطبي " الطبيب، الممرضة، المعالج النفسي، المعالج الطبيعي" على أن يحدد الطبيب مقدار المعلومات التي يجب أن تُعطى للمريض، ويعزز مراجعة التعليم تزويد المريض بمعلومات صحية مكتوبة بمطويات أو طرق أخرى: مواقع موثوقة على الشبكة العالمية للمعلومات.

وينبغي التدرّب على الطريقة بأناة والبدء بطلب من المريض أن يعيد ما شرحته له لتطمئن من أنك أوصلت الرسالة الصحية الصحيحة، لا أن تقيس فهم المريض لها. فمثلاً تسأل المريض سؤالاً واضحاً؛

يجب عليّ أن أتأكد من أنني شرحت لك شرحاً وافياً، هل يمكن لك أن تخبرني كيف ستتناول أدويتك التي شرحتها لك تواً؟

"هنا يسأل الطبيب عن المعلومات التي أخبر المريض بها،

وليس توجيه السؤال لفهم المريض، مثل: ماذا فهمت مما قلت لك؟!"

أو

تناولنا اليوم موضوعات كثيرة عن داء السكري، ولأتأكد أن شرحي كان وافياً، ولنراجع سوياً ماذا ناقشنا، هناك ثلاثة استراتيجيات تساعدك على السيطرة على داء السكري؟ ماذا ستخبر عائلتك عنها؟

فيجيب أولاً، الغذاء تقليل السكريات والنشويات، وثانيًا، الرياضة المشي لمدة نصف ساعة يوميًا، وثالثًا، تناول الدواء قبل الفطور صباحًا ومساءًا.

وإذا لم يتمكن المريض من اخبارك بدقة كاملة، وضح له المعلومات مرة أخرى، ووجهه وأطلب منه اعادتها عليك. وراجع مع المريض هذا الأسلوب إلى أن يتمكن من وصف ما قلت له بدقة وبعباراته الخاصة، وليس إعادة ما ذكرته له كالببغاء.

وراجع طريقتك مع الملاك الصحي الذي تعمل معه، وذلك بسؤالهم هل استعملت مصطلحات طبية قد لا يفهمها المريض. وكذلك يمكن سؤال المرضى؛ هل كنت واضحاً معهم، وصحح منهجك عند الحاجة إلى أن تنضج خبرتك في هذا المجال. وإذا تمكنت من هذا الأسلوب سوف يصبح نهجاً روتينياً عندك، ولا يأخذ تعلمه وقتاً طويلاً.

رابعاً: ادع المريض للمشاركة في صنع القرارات المشتركة " 8 ، 9"

اصبحت مشاركة المريض في صنع القرار الطبي حق من حقوق الإنسان ومن واجبات الطبيب مشاركة المريض في اتخاذ القرارات التي تخص رعايته الصحية. وتتراوح القرارات المشتركة من أبسط قرار مثل طريقة جلوس المريض على فراشه في أثناء تناوله لغذائه إلى إجراء عملية كبرى، ويتوقع من الأطباء أن يشركوا مرضاهم في اتخاذ القرارات الطبية أو التمريضية لرعاية انفسهم. فقد يطلب الطبيب فحصاً مهماً لتشخيص حالة المريض أو يصف دواء مناسباً، ولكن المريض لا يلتزم بتنفيذ ما أراد منه الطبيب، لذلك يجب أخذ رأي المريض بالإجراء الموصوف وهل يتمكن من اتباع توصيات الطبيب أم لا؟ وهناك مرضى كثيرين غير واعين لأهمية مشاركتهم في اتخاذ القرارات، لذلك يجب أن ندعوهم بوضوح للمشاركة باتخاذ القرار، ونسأل مريضنا مباشرة؛ أنا أرغب أن نتخذ القرار سوياً أو أريد أن اتأكد أن القرارات التي سنتخذها سوف تعمل بها؟ أو أنا ارغب أن تشاركني الرأي وتبين لي أولوياتك وهواجسك بشأن القرارات التي سنتخذها.

باللهِ أُقسمُ أن تبقى بلا وهنِ		مخافةُ الله نبراسي مدى الزمنِ
وأن أكون وأميناً في مُزاولتي لمهـ		ـنة الطبِّ حسبَ العُرفِ والسننِ
وأن أصونَ حياة الناسِ أجمعهم		مِنَ الأذى وسُقام النفسِ والبدنِ
مُـؤازراً زملائي هادفين إلى سلا		مةِ الناس من الأرزاء والمحنِ
وطالباً من مريضي أن يشاركني		بالرأي خـوف قـرارٍ غير متزنِ

الشاعر المرحوم طارق المبارك "10"

محاضر سابق في المركز الوطني للتدريب والتنمية البشرية

خامساً: اشرح خطة العلاج بتكرار وضمنّها منظور المريض إلى أن يوافق عليها.

في بعض القرارات السريرية، يحتاج الأمر إلى عبارة واضحة واحدة، مثلاً: تطلب من المريض إجراء فحص خضاب الدم "HB%". وتقول، أنا أفكر، يجب علينا أن نتأكد من مستوى الخضاب "الهيموكلوبين" الذي في دمك، لنرى ما كمية الدم التي فقدتها؟ هل يناسبك هذا؟ وغالباً ما تكون الاستجابة إيجابية ومباشرة لمثل هذه القرارات الأساسية، لأن نتائجها واضحة. ولكن هناك قرارات أخرى لها نتائج غامضة مثل مريض مصاب بارتفاع ضغط الدم غير مسيطر عليه، ويحتاج الطبيب أن يقرر هل يزيد جرعة المدرّر الذي يتناوله المريض أم إضافة دواء الاملودبين. في هذه الحالة، غالباً ما نحتاج أن نناقش الحسنات والسيئات لكل من هذه الأدوية، فنقول للمريض يمكن لنا أن نزيد جرعة المدرر الذي قد يؤدي إلى الذهاب إلى الخلاء بكثرة، أما إذا اخترنا الدواء الآخر فقد تعاني من تورم القدمين، ماذا ترغب؟ أو أيهما أفضل لك؟

بالرغم من غموض بعض القرارات السريرية، يجب عليك أن تشرح شرحاً واضحاً وأن تتأكد من أنَّ المريض يفهم المعلومات التي لها صلة وثيقة بالموضوع وعليك أن تسأله لإعادة ما قلته.

مثال: ترك المريض دواء "Finasteride" لعلاج تضخم البروستات على الرغم من اخبار الطبيب له أن الدواء يسبب الدوخة وهبوط ضغط الدم عند الوقوف، فينبغي الحذر من تناول الجرعة الأولى فعليك الاستلقاء بعدها، وسقط المريض بعد تناول الجرعة الأولى. وترك العلاج وعاتب الطبيب على هذا الدواء، على الرغم من اخباره بالأعراض الجانبية ولكنه لم يدرك المريض المعلومة بدقة، وقال صحيح انك حذرتني ولم تؤكد على خطورة هذه الاعراض! لذلك لم أتخذ الاحتياطات اللازمة عند تناول الدواء وسقط على الأرض.

سادساً: لخص القرارات واعط خطة أو تعليمات مكتوبة

يجب تلخيص الحوار وإعطاء المطبوعات، ومن المفضل قراءة أهم الفقرات التي تتضمنها المطوية سوياً في أثناء المقابلة.

وتأكد من أن المريض يستطيع قراءة التعليمات أو الخطة ويفهمها، فمثلاً: تكتب، اتفقنا على أنك ستأخذ حبة واحدة كل صباح ومساء حتى تنتهي جميع الحبوب التي في العلبة، ويعني ذلك سبعة أيام، وكذلك اتفقنا أن تزورني في... لاحقاً، وهذه النشرة الصحية ستساعدك على إجراء التمارين كما وضحناها سابقًا... هل لديك أية مشكلة في مراجعة هذه المعلومات؟ ويمكن عند الضرورة أن يعيد المريض ما تم مناقشته مرة أخرى. ولاحظت أن بعض المرضى ومرافقيهم يسجلون الخطة العلاجية بهواتفهم النقالة في أثناء شرح الطبيب لها لإعادة المعلومات كلما احتاجوا إليها، وتعلمت منهم هذا الأسلوب وبعدها كنت أطلب من بعض المرضى تسجيل الخطة العلاجية حينما تحتوي على فقرات متعددة يصعب متابعتها.

سابعاً: أضمن الدعم العائلي والمجتمعي لنجاح خطة العلاج.

إن القرارات التي تحتاج إلى تغيير سلوك المريض غالباً ما تحتاج إلى مشاركة فاعلة منه، والتأكد من استعداد المجموعات الداعمة له "الأهل، الأصدقاء" لتنفيذ الخطة العلاجية، وإشراكهم فيها. وليس توضيح الخطة فقط.

بناء خطة علاجية توافقية وإغلاق المقابلة لمريضة مصابة بصداع الشقيقة، مثال:

الطبيب: لدينا حوالي خمسة دقائق في نهاية المقابلة، هل يمكن لنا أن نتكلم حول ماذا سنفعل مستقبلاً؟

"هنا طلب الطبيب توجيه المريضة في نهاية المقابلة واستأذنها للبدء بالمناقشة"

المريضة: نعم

الطبيب: حسنا، اعتماداً على المقابلة والفحص، أنا على ثقة أنني عرفت من ماذا تعانين؟

المريضة: نعم.

الطبيب: الخبر الجيد ليس لديك مرض يهدد حياتك مثل السرطان أو الجلطة الدماغية. واعتقد أن الاحتمال الأغلب أن معاناتك نتيجة صداع نصفي (شقيقة) والاحتمال الأقل هو الصداع التوتري وكلاهما أمراض حميدة، هل تعرفين شيئاً عن الصداع النصفي؟

"لاحظ كيف بدأ الطبيب بأخبار سارة قبل مشاركة التشخيص وقبل الاستفسار أكثر، يحاول الطبيب أن يبني على معلومات المريض السابقة.

المريضة: لا ليس كثيراً، أحد زملائي في العمل ذكر لي أن لديه هذا الصداع، أنا سعيدة أن ليس لدي مرض خطر.

الطبيب: اقدر ذلك وأنا سعيد لمعرفة هواجسك **"هنا يعبر الطبيب عن التعاطف لفهم المريض ودعمه"**

المريضة: وأنا أيضاً.

الطبيب: حسنا، لنبدأ ما الذي يسبب الصداع النصفي (الشقيقة)، وبعدها يمكن أن نتكلم عن ما الذي يجلب الألم وأخيراً كيف نعالجه.

إن السبب الحقيقي للشقيقة غير معروف بالضبط، ولكن يحتمل أن المشكلة لها علاقة باضطراب في الأوعية الدموية في الدماغ، ويعاني المريض من نوبات صداع تتحفز بالضغوط النفسية وعوامل أخرى، ومنها نوع معين من الغذاء، أو البيئة، أو الهرمونات في جسمك قد تحفز نوبة الشقيقة. ويجب علينا أن نحدد؛ ما المحفزات الأخرى التي تعانين منها؟ وبالتأكيد أن التوتر الذي تعانين منه أحد المحفزات.

"حدد الطبيب أولاً الموضوع الذي سيناقشه ووضحه باستعمال لغة بسيطة"

المريضة تهز رأسها: كيف لنا أن نعرف أن لدي محفزات للصداع؟

الطبيب: الطريقة الأفضل هي استعمال المفكرة اليومية لصداعك: تدوني في كل وقت تعانين من صداع، ماذا أكلت أو شربت قبل نوبة الصداع؟ وماذا فعلتِ؟ وما الأمور التي حدثت في أثناء النوبة؟ واجلبي هذه المفكرة في الزيارة القادمة لنناقشها ونرى ما المحفزات التي أدت إلى هذا الصداع، هل تعتقدين أنك تتمكنين من المراقبة هذه؟

"انظر إنّ الطبيب اتبع ارشاد المريضة في المناقشة واستجاب لسؤالها واستجاب لعواطفها"

المريضة: بالتأكيد سأحاول.

الطبيب: حسناً، وبعد أن نتأكد من هذه المحفزات يمكن أن نناقش كيف يمكن لنا تجنبها. والآن علينا أن نتكلم عن ماذا يجب ان نفعل لنساعدك لعلاج هذا الصداع؟ هل هذا مناسب أن نتكلم الآن عن هذا الموضوع؟

المريضة: نعم رجاءً هذا ما أريده.

الطبيب: يمكن لي أن أطمئنك أولاً، في بعض الأحيان عند معالجة التوتر، ويعلم المريض أن ليس لديه مرضاً خطراً على حياته يساعده كثيراً للتخفيف من هذا الصداع، فلذلك نتجنب كل الأدوية وننتظر. ولكن أرغب أن اصف لك بعض الأدوية التي قد تتناولينها عند الحاجة حينما تعانين من الصداع، وإذا ما استمر أو تكرر بشكل غير محتمل.

المريضة: ها، هذه خطة رائعة، بالتأكيد أرغب أن أتجنب الأدوية ما أمكن، ولكن أرغب أن يكون تحت يدي بعض منها عند الحاجة.

الطبيب: حسناً، إنّ الدواء الذي سأكتبه لك، يمكن أن تتناوليه في البدء بحبة واحدة في أول علامة من علامات الصداع، وإذا لم يتحسن الصداع تناولي حبة ثانية بعد ساعتين. لا تقلقي سأدون هذه الملاحظات على الأدوية.

المريضة: أنا سعيدة إذا ما كتبتها على الأدوية، شكراً جزيلاً.

الطبيب: شكراً لك.

الثناء على المريض بعد الاتفاق على الخطة وينتقل إلى إغلاق المقابلة

الأسئلة

التمرين الأول، تمرين فردي وتبادل آراء، مناقشة إعطاء المعلومات للمريض.

- عدد المواقف التي يحتاج الطبيب أن يعطي للمريض معلومات روتينية في نهاية المقابلة؟
- عدد المواقف التي يحتاج الطبيب أن يعطي للمريض معلومات ويحفزه للالتزام بالبرنامج العلاجي؟

المهارات

التمرين الثاني: مجموعات صغيرة وأداء أدوار، أخبار المريض كيفية تناول علاجاً واحداً في أوقات مختلفة من اليوم: مريض مصاب بالزكام، التهاب اللوزتين الحاد مضاد حيوي، ربو قصبي وكيفية استخدام بخاخ.

التمرين الثالث: مجموعات صغيرة وأداء أدوار، اخبار وتحفيز المريض لتبني برنامج رياضي متدرج، أو نظام غذائي خاص، أو التوقف عن التدخين.

التمرين الرابع: حينما تتمكن من التمارين أعلاه في أثناء تبادل الأدوار، مارس التمارين مع مريض ممثل أو مريض حقيقي.

إغلاق المقابلة الطبية Closing Medical Encounter

غالباً ما تتعلق مشكلات التواصل في نهاية المقابلة بتوقيت إغلاقها. حينما يقتنع الطبيب من إكماله لمقابلة مقنعة ويخطط لإغلاقها يفاجئه المريض بموضوع مهم وكبير. أو يسأله سؤالاً يبدو واضحاً منه أنه لم يفهم شيئاً من الخطة العلاجية. وقد يلح المريض لمناقشة الشأن الذي عرضه. مما يؤدي اختلاف الآراء إلى الصراع والإحباط الواضحين. لذلك ينبغي الاستفسار عن مشكلات المريض وهواجسه التي لم يتطرق إليها في بداية الإغلاق.

وينبغي التأكيد على أن مشكلات الإغلاق غالباً ما تبدأ مبكراً ومن مواضيع تواصلية في مراحل المقابلة السابقة. ويمكن عند الاحتياط والتفكير في مهارات التواصل وتجنبها في مراحل افتتاح المقابلة والرواية المرضية وتحديد الأعراض المرضية ورسم الخطة العلاجية. وعند التحسب لمثل هذه التحديات، فإن مشكلات الإغلاق المفاجئة ستزول.

وتظهر المشكلات في اللحظات الأخيرة من المقابلة ويصطلح عليها بالقائمة الخفية 'hidden agendas' "11" وغالباً ما تكون ذات شحنة عاطفية أو مواضيع نفسية واجتماعية. ويعتقد الباحثون أن العرض المتأخر للمشكلات قد يكون مرتبطاً بفشل الطبيب في تحديد قائمة المشكلات في افتتاح المقابلة. لذلك ينتظر المريض اللحظة "المناسبة" لعرض معاناته "الحقيقية"، أو أن الفرصة قد لا تسنح إلاّ في نهاية المقابلة.

كما أكد بيكمان وفرانكل "12" كيف يمكن للأطباء ومن دون تنبه التمكن اليسير من أن يوّجهوا المرضى لعرض مواضيع بعيداً عن الأسباب الحقيقة التي جاءوا من أجلها. وإن المقاطعة المبكرة والفشل في التحري المبكّر عن المشكلات والهواجس في المقابلة سيؤدي إلى ظهور المعاناة المتأخر.

وينبغي أن لا نتخلى عن السلوك المفتوح التفاعلي ومسار محورية المريض في أثناء الإغلاق. ونتمنى أن سلوكنا السابق سيسمح للمريض في هذه المرحلة أن يقول:

- "لا، لقد أجبت عن جميع أسئلتي"
- أو "لا، لا أعاني من أية مشكلة أخرى"

وفي بعض الأحيان، تسير المقابلة سيرًا حسنًا ويظل بعض المرضى يختزنون المشكلات التي تؤرقهم وتضايقهم حتى نهاية المقابلة، وحتى يمتلكوا الشجاعة الكافية التي تدفعهم للإعلان عنها. ويجب أن لا نكم أفواه مرضانا من أجل إغلاق المقابلة المبكر.

ويساعدنا الانتقال الواضح في المقابلة من الافتتاح إلى تحديد قائمة المشكلات التي يعاني منها المريض ثم الرواية المرضية رواية المرض والمعاناة ويتبعها التحري عن الأعراض والوصول إلى فرضيات تشخيصية أو التخطيط لإجراءات طبية في التحرك نحو الإغلاق، فمثلاً: ينبغي وضع عبارة تمهيدية للإغلاق:

أعتقد نحن قاربنا النهاية.... هل هناك أمر ما ترغب بمناقشته؟ قبل أن ألخص ما توصلنا إليه اليوم:

التلخيص النهائي End Summary

يُعدُّ التلخيص أداة ضرورية لإغلاق المقابلة. ويعطي التلخيص الموجز للمقابلة وخطة الرعاية فرصة لتأكيد قصد الطبيب والمريض معاً، كما هو ذو قيمة عليا وأداة تيسير للمريض لعرض أسئلته أو تصحيح إدراك الطبيب وزيادة الدقة ومن ثم الالتزام على أن يتذكر الطبيب دائماً أن يترك فسحة للمريض للتصحيح أو الإضافة.

فمثلاً إكمالاً للخطة العلاجية المذكورة آنفاً، يمكن أن يغلق الطبيب المقابلة بـ:

التلخيص النهائي

الطبيب: طيب، حينما تذهبين للبيت، ويسألك زوجكِ عن ماذا تحدثنا، بماذا ستخبرينه؟

"الطبيب يحاول إغلاق الزيارة بدعوة المريضة لمراجعة استيعاب المريضة للمعلومات"

المريضة: لدي صداع شقيقة، بسبب مشكلات بالأوعية الدموية في الدماغ، ولكن التوتر النفسي يجعلها أسوأ، ويجب عليّ أن أبحث عن محفزات أخرى تؤدي للصداع، وذلك بكتابة يوميات عن نوبات الصداع الذي أعانيه والنشاطات قبل الصداع، وماذا أكلت قبله؟ والآن إذا عانيت من الصداع، وعندما لا أتحمل الصداع، يمكن أن أتناول بعض الأدوية، واخبرتني أنني يجب أن لا أتناول أكثر من حبتين عند نوبة الصداع، هل هذا صحيح؟

الطبيب: بالضبط.

ومن المهم التحقق النهائي وموافقة المريض وقبوله بارتياح للخطة التي صيغت وسؤال المريض عن أي تصحيح يرغب به أو سؤال يسأله، ونتمنى أن يكون الجواب: لا، هذا جيد، شكراً لمساعدتك الكريمة لقد أجبت عن جميع أسئلتي.

وأخيراً الاتفاق على التخطيط المستقبلي

التخطيط المستقبلي والمتابعة Forward planning and Follow up

يسمح التعاقد مع المريض بشأن الخطوات القادمة للطرفين معاً من تحديد أدوارهما التوافقية ومسؤولياتهما، وماذا يجب أن يعمل في الوقت الحالي. وقد نحتاج من المريض أن يؤكد استعداده للالتزام بالخطة المتفق عليها. وإكمالاً للتلخيص النهائي المذكورة آنفاً...

الطبيب: بالضبط، والآن من المهم أن نخطط للزيارة القادمة، وأرغب أن أراك بعد شهر؟ هل هذا ممكن؟

المريضة: نعم هذا مناسب لي.

الطبيب: هذه معلومات في المطوية التعريفية توضح ماذا يعني الصداع النصفي وما محفزاته، وتتضمن أيضاً معلومات حول كيفية الاسترخاء عند حالات التوتر العصبي، وارغب أن تقرئيها لتخفف عنك التوتر، وكيف ستدبرين الصداع من الآن إلى المقابلة القادمة؟

المريضة: حسناً، سآخذ وصفة الدواء من الصيدلية، وأتناول حبة واحدة عند شعوري بالعلامة الأولى للصداع ثم احتفظ بمفكرة يومية وأجلبها في المقابلة القادمة بعد حوالي شهر، لنتأكد من العوامل الأخرى التي تحفز هذا الصداع، وسأقرأ المعلومات التي زودتني بها حول تدبير التوتر، وبعض الأفكار كيف أتدبر أمري مع هذا التوتر، هل هذا صحيح؟

الطبيب: حسناً، بارك الله بك، وشكراً جزيلاً على إسهامك في بناء الخطة، وأتمنى أن اسمع أخبار طيبة في المقابلة القادمة.

المريضة: شكراً لك

وإنَّ رسم خطة طارئة للمشكلات غير المتوقعة الحدوث هي خطوة رئيسة عند الإغلاق. وتوضيح ماذا يجب أن يعمل إذا ما حدث طارئ ولم تجرِ الخطة كما يُتوقع. وكيف يتصل بالطبيب، وما التطورات المهمة التي تحتاج إلى تداخل طبيّ طارئ؟ وأن التطرق إلى ما لا يُتوقع أو يُحتمل مهم، وكيف يُتدارك بطلب المساعدة مهمة ليس لسلامة الممارسة الطبية حسب وإنما لبناء العلاقة أيضاً:

مثال 1: اخبر الطبيب المريض أن عليه أن يتناول دواء من الاينلابريل "Enlapril" قبل النوم ويستلقي لأنها ستؤدي إلى هبوط ضغط الدم في الجرعة الأولى، ولكن المريض لم يلتزم بهذه النصيحة وتناول الجرعة الأولى وبقى جالسًا على كرسي المطالعة وبعد فترة وجيزة سقط على الأرض وقال لأهله أن الطبيب نصحني أن استلقي بعد تناول الجرعة الأولى، مما ادى إلى زيادة ثقته بالطبيب.

مثال 2: إذا أخبر الطبيب المريض أن لديه التهاب اللوزتين القيحي وسيتحسن بعد العلاج بالبنسلين، ولكنه لم يتحسن، وظهر طفح لديه من جراء العلاج، ربما يشعر بعدم الرضى عن الطبيب. ولكن إذا ذكر الطبيب للمريض احتمال الحمى العُقيدية "glandular fever" وعليه أنُ يراجع لإجراء فحص الدم إذا لم يساعده البنسلين على شفائه وظهور الطفح، سيكون احترام المريض له عالياً حيث أنه توقع ما سيحصل في المستقبل.

تقرير ملخص خروج المريض من المستشفى Discharge Summary Report

يعد إعداد تقرير ملخص خروج المريض من المستشفى مهمة صعبة وحرجة، تحتاج إلى جهد كبير وينبغي أن نهتم بها اهتماماً فائقاً لأنها الوثيقة التواصلية للمريض بعد خروجه من المستشفى، والتخطيط للمراجعات القادمة أو عند زيارة مؤسسة أخرى لأمر صحي آخر ويجب أن تشمل في الأقل ما يأتي:

1 - البيانات الشخصية: رقم الملف الطبي واسم المستشفى

أسم المريض، وتاريخ الولادة: بالسنة، والجنس، ومحل السكن مدينة محلة زقاق، ورقم الموبايل الذي يُتصل به عند الضرورة.

تاريخ الدخول وتاريخ الخروج باليوم والشهر والسنة

1 - التشخيص الرئيس: وهو التشخيص النهائي، والإجراء التشخيصي الرئيس.

المشكلات الأخرى ذات العلاقة.

2 - الإجراء الطبي الرئيس: ويعرف بالإجراء العلاجي النهائي ويشمل بحسب التسلسل والأهمية:

أولاً: الإجراء ذو الطبيعة الجراحية (العملية الجراحية).

ثانياً: الإجراء الذي قد يصاحب بالمخاطر.

ثالثاً: العلاج التحفظي.

فإذا أجرى المريض أكثر من إجراء واحد فينبغي تمييز الإجراء الرئيس وتدوينه أولاً.

3 - التوصيات والإجراء المستقبلي الذي يحتاجه المريض: يدون الطبيب توصياته الضرورية لتطبيق الخطة العلاجية وما يحتاجه المريض من تداخلات مستقبلية تشخيصية أو علاجية.

4 - المتابعة: حقل يخصص للإجراءات المستقبلية، تُكتب فيها أهم الإجراءات التي تلقها المريض في الزيارات المتتابعة.

مثال:

البيانات الشخصية: ج م ع 64 سنة يسكن بغداد حي المثنى محلة زقاق رقم البيت الموبايل. تاريخ الدخول / / تاريخ الخروج / / الموبايل

التشخيص النهائي: ذبحة صدرية، أجريت له قسطرة القلب.

المشكلات ذات العلاقة: داء السكرى وارتفاع ضغط الدم ومدخن.

الإجراء العلاجي: شبكة في الشريان النازل الأمامي الأيسر.

الإجراء المستقبلي المقترح: فحص إجهاد القلب بعد 4 أسابيع.

الأسئلة

ما المهام الرئيسة لإغلاق المقابلة الطبية؟

المهارات

- التلخيص النهائي والتخطيط المستقبلي لإغلاق المقابلة

مجموعات صغيرة وتبادل أدوار واعداد سيناريو يتضمن إغلاق ناجح وإغلاق ناقص يحاول المريض مناقشة موضوع جديد لم يتطرق له في أثناء المقابلة.

- اكتب بطاقة خروج من مستشفى لمريض يتضمن تلخيص نهائي وخطة مستقبلة لكيفية تدبير حالته عند مراجعته للمستشفى مرة أخرى.

المصادر

1. Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J., Explanation and planning chapter 6 In: Skills for Communicating with Patients, 3rd Edition. Radcliffe Publishing Ltd, London. 2013.
2. Maguire P, Fairbairn S and Fletcher C. Consultation skills of young doctors: 1- Benefits of feedback training in interviewing as students persist. BMJ. 292: 1986b: 1573-76.
3. Elwyn G, Edwards A and Kinnersley P. Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract. 49:1999: 477-82.
4. Fortin A. H., Francesca C. Dwamena, Richard M. Frankel, Robert C. Smith, Step 11: The End of the Interview. In: Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, 3e, (2012) The McGraw –Hill Lange.
5. William R. Miller, Gray S. Rose, Toward a Theory of Motivational Interviewing. Am Psychol. Sep; 64(6):2009: 527–537.
6. Ley, P., Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. J Hypertens Suppl. 1985 Apr;3(1):551-5.
7. Schillinger, D., et al., Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch. Intern. Med., 2003; 16(1): 184-191
8. Braddock, C.H., 3rd, et al., informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. JAMA., 1999;282(24): 2313-20.
9. Braddock, C.H., 3rd, et al., The emerging importance and relevance of shared decision making to clinical practice. Med. Decis. Making., 2010;30(5suppl.): 55-7S.
10. وزارة الصحة، مبادئ الاخلاقيات الطبية في المؤسسات العراقية، 2015.
11. Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J., Closing the session chapter In: Skills for Communicating with Patients, 3rd Edition. Radcliffe Publishing Ltd, London, 2013.
12. Beckman, H.B., Frankle, R.M., The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. 1948; 101; 692-696.

مواجهة المريض الغاضب

Dealing with angry patient

الغضب ريح يذهب بسراج العقل

ليس الشديد بالصرعة ولكن الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب "حديث نبوي شريف"

لا يمكن ان ترى صورتك والماء يغلي

تعاني الممارسة الطبية العراقية من اضطراب في العلاقة بين الأطباء والمجتمع العراقي عامة والمرضى وذويهم خاصةً، إذ كثيرًا ما نسمع من المرضى عبارات الجفاء بسبب الذي يعانون منه ولاسيما في ردهات الطوارئ والإنعاش، وبالمقابل يشكو الأطباء من العنف الذي يتعرضون له في أثناء أداء مهمتهم المقدسة وتظهر هذه المشكلات جلية حينما يكون المريض بأشد الحاجة لرعاية الطبيب أو إخباره بوضعه الحرج الذي يعاني منه، ومواجهة المريض الغاضب أحد أهم الموضوعات التي تحتاج إلى تدبير العواطف قبل الحالة المرضية.

الغضب أحد الغرائز الحيوانية التي وهبها الله للإنسان والحيوان، الذي له جانب ايجابي للوصول إلى الأهداف التي يرسمها الإنسان لتحقيقها، لذلك يجب على الإنسان أن يحفز غريزته الغضبية والروح القتالية لتعطيه الطاقة التي يسير بها نحو هدفه المرسوم لتجاوز الصعوبات والعراقيل التي تواجهه في حياته اليومية.

وبالمقابل يعد الغضب سلبي بعد التوتر المزمن والاحباط واليأس وحينما يضيع الهدف وتسود العشوائية في حياة الانسان. فمثلًا نرى المراجع يتوتر حينما لا يرى أملاً في علاج حالته الصحية فيبدأ الإحباط يتراكم في داخله إلى أن يصبح قوة مدمرة ضد الآخرين؛ عائلته، أولاده، طبيبه. أو أن ينفجر داخله بأمراض نفس جسمية مثل الصداع التوتري وقضم الأظافر والقولون العصبي وقرحة الاثني عشري وارتفاع ضغط الدم والخفقان والمغص المعوي والشد العضلي.

لذلك على الإنسان أن يوجّه انفعالاته الغريزية مثل الغضب والعدوان إلى أهدافه الشخصية أو يحولها إلى هوايات يسرب بها هذه الطاقة التي تتلجلج في صدره مثل المشي وكرة القدم والملاكمة والرسم وما إلى ذلك وتوفير القنوات اللازمة لذلك، لأنها هديه ربانية للإنسان ينبغي استغلالها استغلالاً مفيدًا، كما اثبتت الدراسات على الحيوان أن غريزة الغضب والعدوان مهمة لحياته بأهمية الحب والحنان "1".

ويساعد فهم هذه الآلية الانفعالية الشخص في التعامل والسيطرة والتحكم مع حالات التوتر والاحباط والعدوانية في حياته اليومية وتوجيهها نحو الوجهة الصحيحة. وعندها حين نواجه انسانًا غاضب، نفسر ذلك أن هذا الشخص لا يتعمد اهانتنا ولكنها آلية تلقائية انفعالية، وأنه يريد أن ينفس عما امتلأ به صدره من توتر وغضب بسبب المشاكل التي يعانيها.

لذلك لا يمكن أن نكون أطباء أكفاء ما لم نعالج مشاعر المريض أولاً قبل أعراضه البدنية. إذ يتعرض الطبيب إلى مواقف محرجة كثيرة، وغضب المريض في أثناء المقابلة الطبية أحد أهم المواقف التي يصعب التعامل معها. حينما يفتقد الإنسان الإحساس بالصحة؛ تعتريه المخاوف والأحزان والغضب، وغالباً ما تبرز من تلميحاته اللفظية وغير اللفظية في أثناء المقابلة الطبية.

وتشير الدراسات إلى أن الطبيب يتعامل مع الغضب بإحدى الطرق غير المجدية الآتية: "2"

- يهمل غضب المريض ويستمر بالأسئلة والاستفسارات ويأمل أن يهدأ المريض في أثناء الحوار.
- يحاول استرضاء المريض قبل التعرف على اسباب غضبه مما يؤدي إلى زيادة غيظه ويجعل الأمر أكثر صعوبة.
- يقابل الغضب بالغضب مما يؤدي إلى فشل التواصل والخصام الشديد.
- قد يحاول الطبيب تأييد المريض ظاهريًا ما يؤدي إلى شعور المريض بالإهمال والاستغفال.

مثال: عانى مرافق لمريضة من مشكلات في رعاية زوجته في أثناء الولادة، فقابل المدير وقبل أن يشرح له أسباب غضبه، بادره المدير أخي كل الذي ستقوله صحيح، أعتذر أنا شخصيًا لك، أنظر كم نحن متعبين.

يمكن أن يعاني الطبيب من مواقف حرجة في أي تخصص يعمل فيه، ولاسيما في الطوارئ، وقد أثبتت دراسة العبودي"3" أن 87% من أطباء الطوارئ في مستشفيي الكندي واليرموك قد تعرضوا إلى الاعتداء اللفظي أو الجسدي من مرافقي المرضى في 84% من الحوادث و16% من المرضى أنفسهم،



والاعتداء على الطبيب وفي مقتبل عمره المهني قد يؤدي إلى صدمة نفسية تؤثر على أداؤه المهني وعلاقاته مع المرضى مستقبلاً، وقد يعاني من اعراض انفعالية مثل القلق والاكتئاب، ويجب الاهتمام بهذه الظاهرة السلبية التي يعاني منها الأطباء الأحداث، وتحويل الاعتداء إلى ذكرى حزينة يتفاعل معها بواقعية ومنطق بدلًا من المعاناة المزمنة المعروفة: الاضطراب ما بعد الصدمة "Post-Traumatic Stress Disorder" مما يؤيد الحاجة الماسة إلى إعداد دليل للتواصل السليم مع المريض وذويه يساعده في أثناء مثل هذه المواجهات، ويفيد هذا الدليل على بقاء الطبيب هادئاً حينما يرمي المريض ما يعانيه على كاهل الأطباء.

وفي بعض الاحيان لا يمكن التنبؤ بالغضب وقد يبدو المريض هادئاً وودوداً ويتحول فجأةً إلى الغضب بسبب شعوره بتهديد على صحته أو استقلاليته البدنية. وغالباً ما يؤدي الخوف والألم إلى القلق والتوتر والإحباط، والذي قد يتفاقم إلى نوبات غضب يصعب السيطرة عليها، لذلك ينبغي إدراك تلميحات المريض الغاضبة والعمل على تلافيها مبكرًا.

تعريف الغضب

الغضب شعور ثانوي يأتي بعد مشاعر أولية مثل الشعور بالخوف أو اليأس؛ لذلك ينبغي تحديد المشاعر الأولية التي أدت إلى الغضب تحديدًا دقيقًا قبل اتخاذ أي إجراء. وينبغي أن نعرف بعض المعلومات الضرورية قبل أن نتمكن من التعامل مع المريض الغاضب. ولا يمكن التعامل مع مريض غاضب أو حانق ما لم نحوّله إلى الحالة الهادئة التي تهيّئ لبدء العمل سوياً لتدبير حالته المرضية. "2"

فهم أسباب غضب المريض

لقد احيط العراق بظروف قاهرة كثيرة طبعت آثارها على غالبية افراد المجتمع العراقي، وساهمت العقود الخمسة الاخيرة في زيادة مستوى العنف والغضب في المجتمع العراقي. فعند مراجعة العراقي لأية مؤسسة يراوده الشك قبل اليقين أن طلبه لن ينفذ الا إذا وجد شخصًا في المؤسسة ييسر له امره أو أن ينفعل لأقل إجراء يؤخر طلبه.

وحينما يزور مؤسسة صحية سيغضب حينما لم يحظ بالرعاية التي يتوقعها، أو قد أغضبه إجراءٌ معين، أو أن الغضب ناتج عن الخوف الذي يعاني منه أو شعوره بالعجز، أو ناتج عن اختلاف في وجهات النظر مع طبيبه، وأخيراً وليس آخراً: الخبر السيئ الذي نما إليه وقضَّ مضجعه.

ولأي سبب يغضب المريض - تعتمد نتيجة المواجهة على أسلوب الطبيب وكيف يتعامل معه، وتعد مواجهة المريض الغاضب امتحان عسير لكفاءة مهارات تواصل الطبيب. وقد يشعر الطبيب أن المريض يقصد الاعتداء عليه، وقد جس الوتر الحساس له، وعليه أن لا يفقد صبره وينفعل ويغضب لغضب المريض ويواجه الخطأ بالخطأ. كما يجب على الطبيب عدم أخذ الموقف بشكل شخصي لو أن المريض يقصدك بالذات، لأن هذا التصرف يجعلك أيها الطبيب الآسي عدواني أو في موقف دفاعي، وذلك ما سيؤدي إلى تصعيد الموقف ويؤدي إلى العنف أيضاً. والمهمة الأهم في مثل هذا الموقف الصعب هي كسر لولب الغضب المتصاعد وحماية الجميع من الضرر الذي قد يصيبهم ومنهم المريض نفسه.

أسس تهدئة المريض الغاضب

وينبغي اتباع بعض الأسس الضرورية لتهدئة المريض الغاضب، هي:

- حتى لو كان الغضب موجه إليك أيها الطبيب شخصياً، فعليك أن تراقب تصرفاتك وتضبطها.
- التعرف على السبب الحقيقي الذي أدى إلى غضب المريض.
- التعاطف مع المريض أهم إجراءٍ يمكن أن تتخذه لتهدئة سورة غضب المريض.

علامات الغضب

i. يرتفع صوت المريض ويتسارع أو قد ينخفض أكثر من المتوقع.

ii. يتغير وجه المريض ويحتقن ويتجهم ويفقد التواصل البصري ويشيح وجهه عن الطبيب.

iii. يفقد المريض صبره أو يبدو غير متعاون.

iv. يقترب من الطبيب أكثر ويتحرك فجأة حركة غير متوقعة.

v. يكرر ألفاظ غير لائقة ويلوح باليد، وقد يستعمل بعض الأدوات القريبة منه للاعتداء.

تدبير الغضب "2-4 "

وَالْكَاظِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ ۗ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ ال عمران (134)

هناك ست خطوات ينبغي التدرب عليها عند مواجهة مثل هذه الأزمة. وعند مواجهة مشاعر عارمة ومربكة مثل الغضب، يجب التعامل معها أولاً قبل الدخول إلى المشكلات الطبية. وعلى الطبيب تجنب المواجهة أو تفسير توجه الغضب نحوه شخصيًا، لأن هذا سيجعله في الطرف المقابل أو في الموقف الدفاعي، مما يؤدي إلى تصعيد الموقف، وقد يصل الموقف إلى تبادل العنف أخيراً. وعلى الطبيب وقف المقابلة والرجوع إلى الوراء وتأمل ما الذي حصل؟ وقد تشعر بأن المريض غاضب بمعرفتك بحالة الغضب التي تعتريك استجابة لغضبه أولاً. لذا عليك أن تضبط اعصابك ولا تنفعل، وأن تُقدّر ما يعاني مريضك وأن تبقى هادئاً.

1 - التسمية:

يجب أن تسمي الغضب باسمه وتعرضه على المريض، بعد الإنصات وتلخيص ما قاله بجمل قصيرة، وصياغة العبارات بطريقة أخرى:

يبدو لي أنك غاضب؛ هل هذا صحيح؟ أو دعني أتأكد مما فهمته منك؛ هل أنت غاضب؟!

وتأكد من تأييد المريض لما تعرضه عليه، وهذه رسالة تعاطفية مهمة، وتطمينه أن الأمر سيحل بما يرضيه، وتطلب منه الجلوس " قال ص، **إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس** " لمناقشة المشكلة التي سببت الغضب مناقشة تفصيلية، هذه المرحلة الأولى في تحديد حالة الغضب ومن دون الحكم عليها.

2 - التعرف على اسباب غضب المريض:

تواصل مع المريض بصرياً واستعمل الإنصات الفاعل أداة رئيسة لهذا التواصل، والتعرف على أفكار المريض وما الذي أغضبه، وأسأل المريض سؤالاً واضحاً:

ما الذي أغضبك؟

بدلاً من لماذا أنت غاضب؟

ويهدف هذا السؤال إلى احصاء اسباب الغضب جميعًا، وكلما ذكر سبابًا يقل غضبه درجة، وبهذا تقلل فورة الغضب تدريجيًا.

3 - التعاطف:

إذا ما انتابت المريض سورةَ غضب عنيفة وفقد السيطرة على سلوكه، فإنه لن يسمع لما تقول، وكأنك تحاول تخفيف نوبة غضب طفل، وسوف يحدد تفاعلك مدة الغضب التي يمر بها المريض. لا تحدد أو تبين مشاعر الخوف والقلق في سلوك المريض حتى لو كانت واضحة عليه، ولا تقطع ثورة غضبه، أنصت فقط، واحذر من الشخص الذي يتلفظ بالشتائم.

- وأبدأ بــ: أنا آسف لما حصل لك.
- أو أنا آسف لما تشعر به.

وينبغي أن تعتذر من الإجراء الذي أغضب المريض بغض النظر عن السبب، ويؤكد المرضى أن الذي يحتاجونه هو الاعتذار فقط. وكثيراً ما تؤدي هذه العبارة إلى تهدئة روع المريض وغضبه أو قد يبقى المريض في حالة الغضب أو بقاياه، وهنا ينبغي سؤاله مباشرةً، لقد أدركت أسباب غضبك التي ذكرتها مثل.... و..... وهل هناك أمور أخرى أغضبتك؟ وقد تحصل على دعم من المريض نفسه لفهمك مأزقه وغضبه، مثل: وأخيراً وجدت أحداً أدرك سبب غضبي.

4 - التعرف على منظور المريض: وتسأله:

ما برأيك أفضل حل للمشكلة؟

يحول هذا السؤال المريض من شخص عاطفي يحركه الغضب إلى شخص منطقي يحركه عقله، وهنا تهدأ ثورة الغضب الذي تعتريه.

وهنا استعمل الإنصات أيضاً معززاً بلغة جسدية منفتحة: اليدين بجانب الجسم، وإبداء الاحترام، وعدم التخصر أو وضع الرجل على الأخرى والتي تبدي عدم الاهتمام، وعبّر عن فهمك لأفعال المريض نتيجة غضبه.

5 - اعرض رؤيتك لحل المشكلة:

لا تعد المريض بوعود لا تنفذ أو لا تتحقق، لا تهدد المريض بأي شكل من الأشكال، ولا تحاول لمس المريض، وحافظ على مسافة آمنة بينكما، وقدم مقترحاتك التي تأخذ منظور المريض في الاعتبار، وحاول أن تجد نقاط التقاء بينكما، وإذا لم تستطع أن تحل المشكلة آنياً أشرح له الخطوات التي ستتخذها لاحقاً.

6 - الثناء:

أثني على المريض لمشاركتك مشاعره، ووضح له أهمية فهم بعضنا الآخر، وأملّه أن لا يحدث مثل هذا الخطأ مستقبلاً.

وبغض النظر عن مدى غضب المريض، ينبغي توثيق الحادث وذكر محاولات حلّها والنتائج التي وصلت إليها، وهذا يساعدك في الدفاع عن نفسك إذا ما رفعت الدعوى إلى المحاكم.

ولن تأخذ هذه النقاط منك أكثر من 2-4 دقائق لمعالجة غضب المريض قبل الرجوع إلى المقابلة الطبية، وعندما تتخذ موقف الدفاع عن نفسك ستأخذ منك أكثر من 20 دقيقة.

مثال عن كيفية التعامل مع المريض الغاضب

المشهد: عيادة خاصة، محمد 56 سنة، مريض مصاب بداء السكري غير مسيطر عليه وتحليل السكر التراكمي "HBA1c 11%"، ويتناول حبة داؤونيل يومياً لمدة 5 سنوات، أبدله الطبيب بحب آخر " كلوكوفاج + كلمبرايد " دواء احدث من الداؤونيل- "Amyral M2" مرتين باليوم، وفي زيارة ثانية بعد يومين من الزيارة الأولى.

تدخل السكرتيرة على الطبيب: دكتور هذا مريض أسمه محمد يريد أن يدخل من دون انتظار، ويقول ليس لدي استشارة، وانما فقط كلمة واحدة أخبر الطبيب عن العلاج الذي وصفه لي أول أمس، ويبدو عصبيًا ولا يريد الانتظار بحسب النظام.

الطبيب: يبدو أن لديه مشكلة أدخليه... وأبقِ معنا...

التقنية: التنبؤ بالمشكلة العاطفية

المريض من دون تحية: دكتور أول البارحة وصفت لي دواءً "ويعرض الدواء أمام الطبيب" غير ملائم لحالتي الصحية؟! "ما يوالمني"

الطبيب: أهلاً محمد، استرح "أجلسه بينهما السكرتيرة"

التقنية: حماية الطبيب لنفسه

يبدو عليك الانزعاج؟

التقنية: تشخيص مشاعر المريض قبل الدخول بالموضوع

المريض: نعم منزعج وتعرضت لأزمة صحية بسبب هذا العلاج...

الطبيب: أشرح لي بالضبط ما الذي تعرضت له؟

التقنية: التعرف على سبب الانزعاج "الغضب"

المريض: دكتور تناولت العلاج صباح أمس قبل الفطور من دون أية مشكلات، ولكن بعد تناول الجرعة الثانية مساءً أصبت بنوبة غشي وإنهاك شديد، ولم أفق إلاّ بعد أن غسل أهلي وجهي بالماء وناولوني عصير و2 جكليته وبعدها استرجعت صحتي، أعتقد هذا الدواء خطر....

الطبيب:حقك محمد تنزعج، لو تعرضت للموقف نفسه لانزعجت أيضاً. هل هناك أمرٌ آخر يزعجك أيضاً؟

التقنية: التعاطف مع المريض

المريض لا دكتور مسألة الدواء الجديد مشكلتي.

الطبيب: ما رأيك الحل؟

التقنية: التعرف على منظور المريض

المريض: أريد أن أرجع إلى دوائي القديم، وهذا الدواء غالٍ وخطر.

عرض المريض سببًا ثاني للغضب

الطبيب: اسمح لي أن أعرض وجهة نظري.

التقنية: طرح وجهة نظر الطبيب في المشكلة

أعتقد أن الدواء القديم لا يعمل، وبعد سنوات من تناوله يفقد فاعليته كما في حالتك الصحية، وفحص السكر التراكمي لديك (11%) عالٍ جداً يشير إلى أن هذا العلاج فقد فاعليته لديك منذ زمان، وفي المقابل يبدو الدواء الجديد فعالاً، وأنزل مستوى السكر بسرعة، ولكن كانت الجرعة أكثر من اللازم، وقبل أن نُغير العلاج ما رأيك أن نقلل الجرعة وبدل الحبتان حبة واحدة صباحًا فقط، وأعتقد أن هذا حل وسط بين الدواء القديم والجديد، وبالوقت نفسه يقلل الكلفة إذا ما تناولت حبة واحدة يوميًا...

المريض: فكرة جيدة، ولكن لازلت أخشى تناول هذا الدواء؟

الطبيب: ولتطمئن أكثر سأتصل بك غداً عصرًا، ومن ثم نراجع حالتك الصحية بعد فترة؟

المريض: اقتراح وجيه، سأجرب الجرعة الواحدة.

الطبيب: اشكرك على رجوعك إليّ، وثقتك بي واطلاعي على تأثير الدواء عليك، هل هناك مشكلة أخرى؟

التقنية: الثناء على المريض

المريض: لك الشكر دكتور على سعة صدرك.

اتصل الطبيب بالمريض هاتفياً بعد يوم وأطمأن على حالته الصحية، واتفقا على موعد المراجعة الثانية لإعادة الفحص التراكمي.

التقنية: تطمين المريض

التوثيق

بعد خروج المريض من العيادة دون الطبيب المناقشة التي جرت وذكر محاولات حلها والنتائج التي توصلا إليها، لغرض الدفاع عن نفسه إذا ما رُفعت الدعوى إلى المحاكم.

التقنية: حماية الطبيب نفسه من المساءلة القانونية

متابعات

ونشر المقال في الفيس بوك وعلقت طالبة طب ومصابة بداء السكري ما يأتي:

إن أحد الكوارث هي أن نوبة هبوط السكر بالدم قد تحدث في أثناء النوم، وعندها لا يتمكن الأهل من انقاذه، وعلى الطبيب أن يشكر ربّه لأن المريض لم يأتِ له وهو في حالة هبوط السكر، لأن المريض قد يتصرف تصرفات من دون شعور وقد يعتدي عليه.

الأسئلة

تعريف المريض الغاضب؟

ما الخطوات الأساسية للتعامل مع المريض الغاضب؟

المهارات

عد سيناريو من تخصصك المهني وممارستك العملية واجهت بها مريضاً غاضباً؟

مثل بمجموعات ثلاثية دور المريض والطبيب والمراقب المريض الغاضب

سجل المقابلة واعرضها للمناقشة في المجموعة الكبيرة؟

المصادر

1. https://ar.wikipedia.org.wiki العاطقة – عند-الحيوان
2. Platt FW, Gordon GH, Anger In: Field guide to the difficult patient interview, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999; 75–78.
3. Lafta, Muhammad and Pandya, Anand (2006) 'Verbal and Physical Aggression Against Resident Physicians in Two General Hospitals in Baghdad', Journal of Muslim Mental Health, 1:2, 137 — 144.
4. Dike Drummond, Doctor Patient Communication – The Universal Upset Patient Protocol, internet download: Aug 27 2018
5. Xavier Coll, Alexia Papageorgiou, Ann Stanley, Andrew Tarbuck (2012) Dealing with emotion chapter 9 In: Communication Skills in Mental Health Care: An Introduction, Radcliffe Publishing, London.

آلية البوح بالخبر السيئ في المجتمع العراقي[1]

إذا دخلتم على المريض فنفِّسوا له في الأجل، فإنَّ ذلك لا يردُّ شيئاً، وهو يطيّب النفس. الامام الصادق "ع"

المريض يحتاج كثيراً من الأمل، والمثابرة ضرورية، وأهم من مثابرة المريض مثابرة الطبيب.

فيليب سالم "مركز سالم للأمراض السرطانية، بيروت"

المقدمة

تؤكد المصادر التراثية منذ ابقراط ولعصر قريب وتنصح أن لابدّ من تجنب اليأس بتأميل المريض بالشفاء حتى لو تأكد الطبيب من اليأس من حالته الصحية وموته المحتوم"1" " وهذا ما تؤكده أدبيات الأطباء العرب، كقول بن سينا:

> على الطبيب أن يواسي المريض ويشجعه حتى لو كان موشكًا على الموت، لأنّ قوة الإنسان تستمد من روحه المعنوية.

وبالمقابل نلحظ في تاريخنا أقباساً رائعة من التراث الطبي العربي تؤكد أن هناك أطباء عرب مارسوا البوح بالخبر السيئ قبل أربعة عشر قرناً، وأنقل لكم حادث هزّ المجتمع الاسلامي ومازالت آثاره حتى اليوم:

جمع الإمام الحسن بن علي "ع" لجنة من الأطباء لمعالجة الإمام أمير المؤمنين - علي بن ابي طالب "ع" يوم ضربه بن ملجم بالسيف على هامته في محراب صلاته- وكان أبصرهم بالطب أثير بن عمرو السكوني المسيحي: فاستدعى برئة شاة حارّة فتتبع عرقًا منها فاستخرجه، ثمّ أدخله في جرح الإمام وأخرجه وإذا به مكلّل ببياض دماغ الإمام لأنّ الضربة القاسية قد وصلت إليه، والتفت إلى الإمام وقال له:

> "يا أمير المؤمنين أعهد عهدَك فإنّك ميّت"

1- رابط البوح بالخبر السيئ على اليوتيوب: https://www.youtube.com/watch?v=7QKR8eHxVaY&t=61s

بهذه الكلمات المقتضبة أعلن الطبيب أثير السكوني الخبر السيّئ لأميره من دون تردّد أو وجل"2".

وفي سبعينيات القرن الماضي، بدأت الممارسة الطبية في الولايات المتحدة والغربية عموماً تعي أهمية اخبار المريض ومصارحته بحالته الصحية وتضع قواعد وسياقات عمل لذلك. حيث كتب كلايسر وشتراوس سنة 1965: اعتاد الطبيب الامريكي إخفاء الأخبار السيّئة عن المريض حتى لو كان الموت قريباً ومؤكدًا "1"، وتشترك عائلة المريض بإخفاء هذا السر عنه. وتعرف في الأوساط الطبية الغربية بـ "مؤامرة الصمت"، وربما يبوح أحد أفراد العائلة للمريض ولكن في بحثهما لم يرقبا بوحاً كاملاً وواضحاً في هذا الإطار. ولكن الأمر تبدل سريعاً في الممارسة الطبية الأمريكية والغربية عموماً من الإخفاء إلى الإعلان الصريح للمريض. وأدىّ ذلك إلى استحداث آليات جديدة ومهارات تواصلية مبتكرة يتدرب عليها الأطباء ليتمكنوا من إخبار مرضاهم بطريقة تعاطفية علاجية صادقة، توثق العلاقة بينهما في أحلك الظروف والمواقف الغامضة والرهيبة التي تمثل عجز الطب الموضوعي.

التعريف

ويقصد بالخبر السيئ إخبار المريض بالمرض الذي يهدّد حياته ويهلكه أو يعوقه، ويصعب التكهن بمستقبله، وتؤكد الدراسات إلى سوء مآل المريض معه، ولم يصل الطب إلى تحقيق الشفاء منه. حينها يقتصر دور الملاك الصحي رعاية المريض وليس شفائه، مثل: مرض خبيث أو عضال مثل داء السكري المعتمد على الأنسولين عند الأطفال أو ولادة مشوهة أو تخلف عقلي أو الشلل الرباعي أو لنقل أية حالة ميؤوس منها أو إنسان يحتضر أو حالة موت غير متوقعة، وهنا يكون البوح لذوي المتوفى"3"، وقد يُعرف بحسب وجهة نظر المريض؛ أي خبر يحتاج من الطبيب التواصل التعاطفي في أثناء المقابلة الطبية؛ مثل تشخيص ارتفاع ضغط الدم والذي يعني للمريض أن عليه تناول الأدوية طيلة حياته، وقد يربطه بالنتائج المأساوية التي حدثت لوالده واصيب بسببه باحتشاء العضلة القلبية التي أدت إلى وفاته.

الخبر السيئ في المجتمع العراقي

اعرض لكم ادناه شهادة واقعية عن تعامل الانسان العراقي مع الخبر السيئ، وعدم تمكنه نقل الخبر السيئ حتى لو طُلب منه والح عليه الطبيب الغربي، ويخشى من ذكر اسم المرض ويسميه بـ: ذاك المرض، أو المرض الي ما يتسمى، أو يتلطف عند ذكره بتعبير آخر – ورمة، عقدة – وهذا ما نقصده بالاختلاف الثقافي بين المجتمعات في مفهوم الصحة والمرض والعلاج والنموذج المرضي، وحق المريض وعلاقة الأهل والأصدقاء بهذا الحق ومشاركتهم له بهذا الحق.

كتب الصحفي كريم بدر الحمداني مقالاً في الفيس بوك عن الواقع العراقي السياسي المؤلم وقارنه بكيفية البوح بالخبر السيئ للمريض العراقي وكما يأتي: "مع بعض التغييرات الطفيفة"

في الأيام الأولى لوصولنا هولندا، كنت ارافق بعض الأخوة إلى المستشفيات في مدينة اوترخت الهولندية لإجراء الفحوصات الطبية، ساعدني على ذلك عملي كمترجم في مكتب الامم المتحدة، وفرحة الانعتاق من سنين التعب والألم والإهانات التي تعرضنا لها في رفحاء. وكذلك الأمراض التي رافقتنا كأنها جواز سفر، حصى الكلى وامراض المعدة والمفاصل، والحالات النفسية. كان الأطباء (الهولنديون) يحرصون على أن اترجم للمريض تشخيصهم بدقة. وكنت أفعل ولكني تلعثمت في أحد الأيام وأنا اترجم تبخرت الكلمات من رأسي فجأة؟ كان عليّ أن أخبر أحد المرضى أنه مصاب بالسرطان. يا الله مالي ولهذه المهمة الشاقة؟ لاحظ الطبيب الهولندي ارتباكي. وكان وجهه صارماً وكلماته حادة لا تقبل التأويل (والتلاعب بالألفاظ) قال: اخبره انه مصاب بسرطان الدم. شرحت للطبيب أن طبيعتنا الاجتماعية لا تسمح بذلك، وعلينا مراعاة حالة المريض وغربته هنا، أن باستطاعتنا اخباره بمرض اخر علّ ذلك ينفع في تقبله للعلاج.

ابدى الطبيب استغرابه وكأنني اهذي، اعاد السؤال مرة أخرى وبقوة هذه المرة كأنني جندي لديه (مع اني اعمل متطوع)... يا دكتور انت تحملني ما لا طاقة لي به...كيف اخبره انه مصاب بمرض خبيث؟؟..اعوذ بالله صعب علي ذلك، قال حسنا.. سحب ورقة صغيره وكتب موعداً آخر بعد يومين. احسست براحة ضمير وأنا اغادر المستشفى.

كان ابو محمد يلح عليّ ما الذي قاله الطبيب؟؟ قلت لا شيء الموضوع بسيط وسنعود بعد يومين...كنت اقول في سريرتي. قد يغيّر الله الحال بعد يومين!!! قد يكون التشخيص خطاءً (مع أني أعلم علم اليقين أن تشخيص سرطان الدم ليس بالمعقد لأن مهنتي في التحليلات المرضية؟) وعدنا بعد يومين وهذا الطبيب ذو الوجه البلاستيكي الذي لا تعرف الابتسامة طريقًا لوجهه الصارم يجلس امامي كأني تركته قبل ساعة وليس يومين!!!

هل اخبرته..؟؟ قلت لا.... حسنا....رفع سماعة الهاتف واتصل بأحدهم.. كنا نسمع المكالمة..كان هنالك صوتا عربيًا على الهاتف..

السلام عليكم...وعليكم السلام.......رددنا التحية أنا وابو محمد... قال: الدكتور (فاندالا) اخبرني بأن اوضح للمريض حالته الصحية... فهل المريض يسمعني؟ نعم...قال أبو محمد.. اخي الطبيب يقول أنك مصاب بداء السرطان، وأن علاجك ليس سهلاً ولكن.......... (لم اعد اسمع المزيد.....) اصابني الدوار وأنا أنظر إلى ابو محمد وقد تغيّر وجهه وترقرقت الدموع في عينيه،.... يا الله لقد قتلوه هؤلاء الذين يشبهون الآلات أكثر من البشر.......انتهت المكالمة

وطلب مني الطبيب أن ينتظر ابو محمد في الخارج. ولأول مره أرى في وجه هذا الطبيب انفعال ما. وتعاطف بعد أن انجز مهمته..انه يبتسم....

قال:اسمع صديقي، الحقيقة ليست ملكك حينما تعني شخصاً آخر..... لا تتردد في قول الحقيقة مهما كانت مرّة.. أخبره أن يستعد...لديه أمل مع العلاج!!! ولكنه يجب أن يعلم أنه قد يموت أثناء العلاج...

كان كلامه موجع ولكني تعلمت منه درسًا بليغًا وهو، أن لا اخلط الواقع المر بالسكر ابداً....فهذه خيانة حتى مع حُسن النية "ووجه دكتور فاندال الصارم يدور في راسي، كلما أقابل مريضاً مصاب بالسرطان.

أهمية البوح بالخبر السيئ

يُحسّن البوح بالخبر السيئ بطريقة شِفائية قابلية المريض في المساعدة في تخطيط رعايته والتعاون مع الطبيب لتحديد أهدافه الواقعية باستقلالية، ويساعد على بناء علاقة إيجابية مع الملاكات الطبية الأخرى. ويبقى ممتنًا للمعروف الذي اسداه الطبيب له طيلة حياته، وبالمقابل لا ينسى المريض طريقة البوح بالخبر السيئ المقرفة، ويحنق على ذلك الشخص والمؤسسة الصحية إذا كان الخبر الذي تلقاه حينها بطريقة فجة، وقد يؤثر هذا الموقف على تعامله المستقبلي مع الشؤون الصحية عامة، وقد يكره الملاكات الصحية ويلعن مؤسساتها طيلة حياته.

وليس الموقف حرجاً للمريض حسب، وإنما حرجاً للطبيب كذلك. وقد يقف الطبيب أمام المريض خائفاً قلقاً متضايقاً مرتبكاً، ونتيجة لذلك يحاول اختصار المواجهة قدر الإمكان، وتتداخل عوامل موضوعية وذاتية عند الطبيب المعالج تشل قدرته على التصرف بطريقة شفافة تعاطفية علاجية، "4 ، 5" مثل:

- الإيمان بالطب إيماناً مطلقاً وعدم الاعتراف بعجزه الموضوعي.
- الشعور بالذنب من استفحال المرض عند تأخر التشخيص.
- أخطأ التشخيص في المرة السابقة.
- اكتشف أن المرض منتشر في أثناء العملية في حين كان المتوقع أن يزيل الورم.
- أخبر المريض بأنه أزال مرض حميد ثم ظهرت نقالية سرطانية "Metastatic lesion" في مكان آخر بعد فترة من الزمن.

وفي دراسة عراقية حديثة ركزت على قابلية الملاكات الطبية في مدينة الطب سنة 2013 على البوح بالخبر السيئ، أفاد 86% من المشاركين في البحث يشعرون بالقلق حينما يبوحون بالخبر السيئ، و 22% منهم تمكنوا من ذكر المرض الصريح أمام مرضاهم، وتعتمد قدرتهم على البوح بالخبر السيئ على مدى ممارستهم له، وليس له علاقة احصائية معتبرة بالمعرفة التي يمتلكونها عن الموضوع أو عمرهم المهني، ويعتقد 90% من المشاركين حاجتهم الماسة للتدريب على آلية البوح بالخبر السيئ "4".

آلية البوح بالخبر السيئ "6-9"

لا تمتلك وزارة الصحة دليلاً عملياً يتدرب عليه الملاك الصحي للتغلب على مثل تلك المواقف. فمثلاً يحاول الطبيب جاهداً تقليد الطبيب المشرف عليه في مواجهة تلك المواقف فلا يجد أسساً عملية واضحة. لذلك يعتمد الطبيب المبتدئ على التجارب التي يمر بها والأخطاء التي يرتكبها أو قد يتحاشى تلك المواقف ويتهرب منها، ويتدهور أداؤه وتتراجع إمكانيته مع الزمن. وأخيراً تراه يتجنب تلك المواقف جملة وتفصيلاً تاركاً دوره لتدارك تلك المواقف في التصرف مع المريض وذويه، مما يؤثر سلباً على الرعاية الصحية التي ينبغي تقديمها في أحلك الظروف. لذلك ينبغي استحداث آليات جديدة ومهارات اتصالية مبتكرة تناسب المجتمع العراقي، يتدرب عليها الأطباء ليتمكنوا من اخبار مرضاهم بطريقة تعاطفية علاجية صادقة تزيد من العلاقة بين الطبيب والمريض، وتتعاظم الثقة في أحلك المواقف الغامضة والرهيبة التي تمثل عجز الطب الموضوعي.

ويعد البوح بالخبر السيئ من مسؤولية الطبيب الاختصاصي المشرف على المريض"10"، ولكن تحتاج جميع الملاكات الصحية التدرُّب عليه، لأن المريض قد يحتاج هذا الموضوع في أي وقت من الأوقات فعلى الملاك الصحي تهيئة المريض بالموضوع قبل وصول الطبيب الاختصاصي، ولا تختلف مهارات التواصل في البوح بالخبر السيئ عن المواقف الأخرى في المقابلة الطبية، ولكن يجب أن يستعمل الطبيب المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية بترّوٍ واتقان عالٍ في نقل الحقائق بأمانة ودعم عاطفي في الوقت الحرج.

خطوات البوح بالخبر السيء

1 - التهيؤ للبوح بالخبر السيئ:

ينبغي أن يتهيأ الطبيب للبوح بالخبر السيئ تهيئة نفسية مناسبة، ويحضر المقابلة حضوراً بدنياً ونفسياً وذهنياً. ويراجع مشاعره تجاه الخبر الذي سيبوح به، ومراجعة ملف المريض والفحوص التي أجريت له، والتأكد من عائدية الفحص ودقة النتيجة قبل أن يبوح بالخبر السيئ، وتهيئة المريض والتأكد من قابليته لسماع الخبر السيئ، فمثلاً من غير المحبذ إجراء البوح بالخبر السيئ بعد العملية الجراحية مباشرة أو في حال أن المريض يعاني من الآلام المبرحة، وبالمقابل يفضل عدم تأخير البوح بالخبر لأسباب ثانوية. ويتهيأ للأسئلة التي غالباً ما يسألها المريض مثل ما الفحوص الأخرى التي يحتاجها المريض لزيادة التأكيد أو الطرق العلاجية المتاحة في هذا المجال، والمآل الذي يحاول المريض التقرب منه، وأين سيذهب للعلاج ومن يستشير ولاسيما حينما يكون البوح في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

ويجب أن يبعد الطبيب مصادر الإلهاء كافة " الموبايل، الضوضاء، المذياع والتلفاز" وأن يرافق الطبيب في البوح بالخبر السيئ أحد الملاكات الصحية حينما يعقد اجتماع مع المريض، وذلك لسببين: حماية الطبيب من غضب المريض أو ذويه في أثناء البوح بالخبر السيئ ومساعدة المريض واستيعاب انفعالاته.

2 - مقابلة عائلة المريض قبل المريض واخبارها بالخبر أولاً[1]،

من المفضل اخبار العائلة قبل المريض لأن قرار البوح بالخبر السيء قرار عائلة في المجتمعات الجمعية، في حين تفضل المجتمعات الفردية الغربية البوح بالخبر السيئ أولاً، فضلاً عن طلب بعض العوائل عدم اخبار مريضهم، لذلك يجب أن ينصت الطبيب لرؤيتهم ويتعرف على أسبابها لأن بناء العلاقة الشفائية مع عائلة المريض ضرورية جدًا لمساعدة مريضهم وتحفيزه على الالتزام بالعلاج وتحمل مسؤولية رعايته في البيت، وينبغي أن يسأل الطبيب هذه العائلة الأسئلة الآتية:

- لماذا تريدون اخفاء الخبر عن المريض؟

1- يلحظ في الممارسة الطبية العراقية أن المريض وذويه هم من يسلمون عينة الفحص ويستلموا نتيجة الفحص من المختبر وهذا يضر بآلية البوح بالخبر السيئ، الصحيحة، ويحاول ذوي المريض معرفة محتوى التقرير بطرق متعددة قبل أن يصل إلى يد الطبيب الاختصاصي المشرف على المريض.

- ما الذي يخشونه؟
- ما خبراتكم بالبوح بالخبر السيئ السابقة؟

بدلاً من أن تقول يجب عليّ أن اخبر المريض بمرضه، لذلك يجب عقد اجتماع معهم وتوضيح فائدة البوح بالخبر السيئ للمريض، وما كمية المعلومات التي يجب إعطاؤها له، ولماذا؟ وأن يبين الطبيب أيضًا مضار مؤامرة الصمت التي يشترك بها بعض الأطباء وعوائل المرضى والتي تحجب المعلومات عن المريض. واعتقد أننا في المجتمع العراقي ولتماسك العائلة وضرورة اطلاعهم على حالة المريض التفصيلية، ينبغي أن نحدد سويًا موعداً خاصاً للبوح بالخبر غير السار للمريض، حينما يكون مستعدًا لتقبل الخبر.

مثال: ترك مريض مصاب بسرطان البروستات العلاج بعد ثلاثة جلسات كيمياوية التي أدت إلى اختفاء الأعراض المزعجة لديه، وظن أنه شفى من المرض، وعندما رجعت الأعراض بعد ستة أشهر، عاتب الطبيب لماذا لم يخبره بالتفاصيل؟ وكان رد الطبيب غير مقنع للمريض بأنه أخبر ولده بالأمر، وأصر أبنك بعدم اخبارك بالمرض. مما حدا بالمريض القول؛ دكتور أن المسؤولية تقع على عاتقك، وولدي ليس لديه الرأي الحاسم في القضية، أنا المسؤول عن هذا الأمر! واتصل الطبيب بأبن المريض هاتفيًا وسأله، من الذي أصر على عدم أخبار ابوك؟ فاعترف الأبن بالمسؤولية.

3 - جلسة اجتماع الطبيب مع المريض وعائلته:

يجب أن يختار الطبيب مكاناً مناسبًا، مثل الغرفة الجانبية في الردهة، وقبل البدء بالأعمال اليومية، ويؤمن جلسة بمستوى النظر مع المريض وخصوصية مناسبة ويمنع مقاطعة الحوار بأي شكل من الأشكال، وتحضير محارم "كلينكس" وقبل البدء بإجراءات البوح بالخبر السيئ، وبعد التحية، ينبغي أن يتعرف الطبيب على الحاضرين في الجلسة وعلاقتهم بالمريض، وأن يقدم نفسه لهم، ومن ثُم يتعرف على المعلومات السابقة التي حصل عليها المريض عن حالته المرضية، وما مستوى إدراكه لخطورة مرضه بسؤال مفتوح وبسيط، مثل:

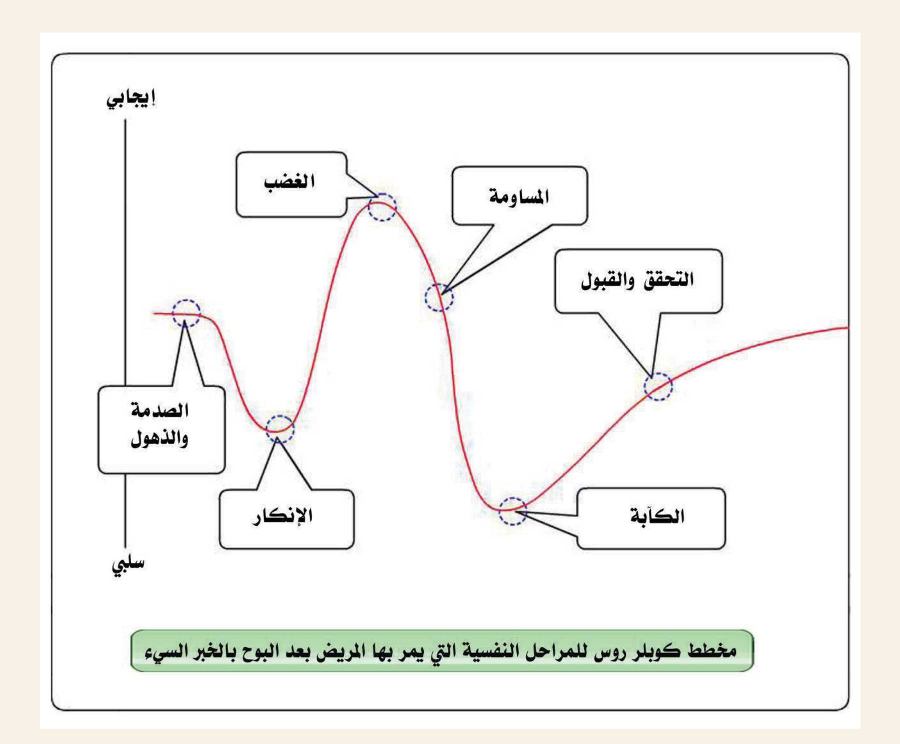
ماذا تعرف عن حالتك المرضية؟

ويحمل هذا السؤال في طياته معلومات كثيرة لأن الناس يتعاملون مع المعلومات بطرق مختلفة، ويتأثر البحث عن المعلومات على عمر المريض ومستوى تعليمه وثقافته ومعتقداته الدينية والشعبية والحالة الاجتماعية والاقتصادية، ويجب أن يُركز الطبيب على المحتوى العاطفي لفحوى كلامه. ثم يسمح لعائلة المريض المشاركة بالمعلومات التي حصلوا عليها من مراجعاتهم السابقة. ومن كلام المريض يُقيّم الطبيب الحالة الانفعالية لدى المريض "11و 12"، ويحدد المرحلة النفسية التي يمر بها المريض:

المراحل النفسية التي يمر بها المريض حينما يقترب من الموت

لابد من الإحاطة بالمرحلة النفسية التي يمر بها المريض المصاب بمرض يصعب شفاؤه. تلك المعرفة التي تمكّن الطبيب من استيعاب أفكاره، وحسن التعامل مع ما حصل له، ومحاولة تجاوز أزماته النفسية المفاجئة التي اعترته بسبب ما يعاني أو يتوقع، ونقله إلى مرحلة المساومة أو القبول، ليحصل الطبيب على تعاون المريض المطلوب. وبالنتيجة تؤدي إلى التزام المريض ببرنامج العلاج الطويل والمؤلم، وتحمله الأعراض الجانبية والانتكاسات المحتملة.

وهي مراحل متداخلة ومتدرجة يمر بها كل شخص حينما يقترب من الموت. وتنطبق هذه المراحل على كل مريض يصاب بمرض مهلك. إذ يمر كل شخص يشرف على الموت ببعض هذه المراحل أو جميعها، وليس بالضرورة بهذا التسلسل، وهي:



مخطط كوبلر روس للمراحل النفسية التي يمر بها المريض بعد البوح بالخبر السيء

الصدمة والذهول

وتسمى بمرحلة الذهول أو مرحلة الصدمة الذهنية المؤقتة (Temporary Mental Shock) وهي المرحلة التي يمر بها الشخص حينما يسمع الخبر السيئ لأول مرة فيصاب بالذهول والارتباك. وتحتاج مرحلة الذهول أو المفاجأة إلى وقت مناسب لتجاوزها. وعندها يحجب المريض نفسه عن المحيط الخارجي ويتجنب سماع أية ملاحظة عن التشخيص. وينبغي على الطبيب احترام رأي المريض في تلك المرحلة ولا يتبرع بمناقشة الموضوع أو يحاول تطمينه لأن جميع المحاولات غير مناسبة وستذهب سُدًى.

الإنكار

إذ ينكر المريض ما يسمع لتجنب الغضب والألم والهياج، ويتهرب من الاقرار ويشك في صحته وينكر حقيقة مرضه فيردد كذب، مستحيل، هراء ....الخ. وأن بعض الرفض المعقول أمر صحي يجنب المريض مرحلة الغضب المبالغ بها. ويلاحظ في المجتمع العراقي أن بعض المرضى لا يغادر هذه المرحلة حتى وفاته. ويرفض أن يتحول إلى مرحلة أخرى، وربما يكون سبب ذلك تعامل الطبيب الغامض في إظهار الحقيقة المرضية. والتلاعب بالألفاظ لتخفيف الخبر السيّئ، مما يزيد من إصرار المريض على موقفه هذا في رفض الحقيقة المرة. إذ يتوهم أن حالته المرضية ليست سوى اضطرابات وقتية يسيرة يمكن تجاوزها ومعالجتها.

مثال: سألت مريض مصاب بسرطان الرئة المتقدم: بماذا تفكر؟ استشاط غضبًا وقال؛ لماذا تسألني هذا السؤال، أريد أن اعيش مائة سنة.

يبدو أنه في مرحلة الانكار وهو في حالة متقدمة من المرض!

الغضب والهياج

وهي آلية معقولة يقترب بها الشخص من التعامل المنطقي مع الفقدان، إنها المرحلة التي تعقب الإنكار أو قد تسبقها. ويبدأ المريض بالانفعال والهياج (Agitation)، وقد يعتدي على الطبيب ويشتمه أو يقلل من قدره. ومرحلة الغضب هي المرحلة التي يحاول فيها المريض اتهام الآخرين وانتقادهم، ويتذرع بمختلف الحجج لتفريغ شحنة الغضب التي تتلجلج في صدره، فتراه يغضب لأتفه الأسباب، ويتذمر لأدنى موقف، وتزداد شكواه مما يظهر معاناته النفسية. والغضب نفسه ليس أمراً سيئاً، ولكن السيئ طريقة تعاطينا معه. وأن أفضل طريقة لاحتواء الغضب هو إظهاره إلى السطح وعدم كبته، فمثلاً يدع الطبيب المريض ليقول ما يريد من دون تدخل ثم يحدد أسباب الغضب، وذلك بالسؤال المباشر والواضح:

الطبيب: والآن ما الذي يغضبك في هذه المرحلة؟

ويدع المريض ترتيب أسباب غضبه، ويناقشها بموضوعية ولا يستخف بها ويصادرها. أما إذا بقيت كامنة فأنها ستؤدي إلى مشكلات نفسية عويصة يصعب حلها. وقد يلجأ المريض المتعلم إلى إخفاء الغضب عن المحيطين به حتى لا يفقدهم، وقد تؤدي إلى الحزن والإرهاق والإحباط وربما الانتحار أو أية أعراض نفس-جسمية مدمرة.

المساومة والضعف: إذا الشرطية -

قد يبدأ المريض بمرحلة المساومة ويخضع لأوامر الطبيب ويتحمل الأعراض الجانبية للعلاج ويقلل من أهميتها ولا يذكرها للطبيب. فقد يقول للطبيب، سألتزم ببرنامج العلاج التزاماً كاملاً شرط أن تتحسن حالتي أو سأتجرع جميع الأدوية أو سأطيع جميع الأوامر على أن أتخلص من هذا المرض اللعين، وغير ذلك من أبداء المرونة والتعاون. وقد تأتي المساومة بعد مرحلتي الإنكار والغضب، وبعد أن تشتد حالة المريض ويشعر باقترابه من الموت، ويقر أخيراً بحاجته لمساعدة الآخرين. وأول ما يتوجه إليه هو الله فيضعف أمام خالقه

فيتوسله مستسلماً عسى أن تأتي رحمته ويشفيه. وعندها تبدأ سلسلة تأدية الفرائض العبادية بالازدياد والتركيز كالصلاة والصيام والنذور وزيارات المراقد المقدسة وغيرها.

والمساومة تأرجح بين الغضب والكآبة؛ وتكشف حواراً بين المريض ومجتمعه كأن يقول مع نفسه، ما أقدمه للآخرين وما أناله منهم، أن آخذ شيئاً وأعطي شيئاً آخر. وتكشف المساومة حالة الضعف الإنساني، وهي شرط يشرطه المريض على الله والطبيب والمجتمع، والمساومة ليست غريبة عن طبيعة البشر في حياته العملية الصعبة والمحرجة، فعندما يوقفنا شرطي المرور لمخالفة نقترفها، نعتذر له ونصبح لطفاء جداً، ونعده بعدم تكرار ذلك ونحاول أن نتجنب العقوبة التي يوقعنا بها بأية طريقة أخرى. ولكننا قد نعود إلى المخالفة نفسها في وقت آخر.

الكآبة ولوم الذات

حينما يشعر المريض بخوار قواه، ويدرك أن المساومة لم تعد تفيد شيئاً، وانه لم يعد هناك من سبيل إلى زمن ما قبل المرض، وإن النذور والصلاة لم تحقق ما كان يؤمل، ولا تفيد إطاعة الأوامر، فقد يلجأ إلى الغضب ولكن كثيراً منهم يحول الغضب إلى جلد ذاته. وتعرف الكآبة بـ(حالة غضب مكبوتة ضد ذات الإنسان وضعف الشعور بقيمتها وهوانها عليه)، ونراه يقول إن المرض جاء نتيجة سوء أفعالي السابقة، ويكتفي بالصمت الحزين، ويجتر الأسئلة التي تعبر عن الخيبة والندم ولوم النفس، ويكرر، مثل:

لماذا تصرفت هكذا؟

لماذا لم أترك التدخين قبل مدة؟

لماذا لم أراجع الطبيب مبكرًا؟

لماذا لم أصرف ما يكفي من المال لأزور طبيباً أفضل؟

لماذا لم أسافر؟

الآن، وقد فات الأوان ......كان عليَّ.....؟

لماذا........ولماذا......ولماذا؟

وقد تؤدي الكآبة أو يرافقها التفكير في الانتحار، واضطرابٌ في النوم وأمراض نفس - جسمية مختلفة.

التحقق والقبول بالأمر الواقع

قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ (51)

وهي المرحلة الأخيرة، التي يظهر فيها استسلام المريض ورضوخه نتيجة تقدم المرض المهلك وتمكنه منه. إذ يتوقف عنده الغضب الذي كان يسيطر عليه وينتهي الشعور بالذنب الكآبة. وما كان يعد سبباً للقلق والخوف يصبح تدريجياً نعمة ورحمة. وعندها سوف يتحفز الجهاز النفسي العصبي المناعي (Psychoneuroimmunity)) بأقصى ما يمكن، وقد يؤدي إلى تحسن حالة المريض والشفاء، من دون أن نعرف سبباً علمياً لذلك. وكثيراً ما يلحظ الأطباء هذه القدرة العجيبة لكنهم يقفون عاجزين عن تفسير ذلك،

فيهملونها على الرغم من أهميتها في الواقع الصحي. ويقصد بمرحلة القبول، قبول الموت واقعاً لا دافع له، ويحتاج المريض في هذه المرحلة إلى مساعدة الطبيب والمحيطين به الذين يثق بهم.

وتظهر هذه المرحلة أهمية حضور الطبيب إلى جانب مريضه عند الاحتضار كحق إنساني ومساعدة رجل الدين الذي يتلخص دوره بالإقرار والتسليم إلى الله، وتفصيل ما يجب على الذي يحتضر أن يقوم به من قولٍ أو فعل.

مثال، وقفت حائراً مرتبكاً لا أستطيع القيام بدور رجل الدين أمام والدي وهو يحتضر في مستشفى بن النفيس، وبحالة الهياج وعدم الاستقرار، وهو ينظر إليّ بنظرة اليأس والرجاء، ويردد قائلاً ما معناه مختلطاً، هذه الأدوية غير مفيدة، لماذا لا تزرقوني ابرة، الحمد لله، لا إله إلا الله، ولم أتمكن من القول أكملها، أنه موقف في غاية الصعوبة ولا أنساه أبداً. وربما كان الدين الإسلامي من بين الأديان السماوية التي تكرم الإنسان من ولادته وحتى ما بعد وفاته، فلابد من احترام الطقوس التي أوصى بها الدين الإسلامي عند الوفاة مثل إجراءات الوصية الصحيحة، والدعاء للمحتضر، ومساعدة ذويه على تحمل المصيبة والطلب منهم عدم الكلام الزائد أو البكاء أمامه.

مقابلة د علاء موسى لمريض مصاب بالسرطان

مساعد استاذ الطب الباطني / كلية الطب جامعة البصرة

كنت في زيارة لأحد الأصدقاء في البصرة، وهو من رجال الدين الورعين، في السبعينات من العمر، عند وصولي إلى البيت استقبلني ابنه الأكبر وبعد الترحيب طلب مني أن أكون حريصاً على عدم اخباره عن مرضه. كونه مصاب بسرطان الحنجرة المنتشر، وأن أيامه معدودة، وتخشى عائلته من اخباره بمرضه الحقيقي لكي لا يصاب بأزمة نفسية قد تودي بحياته قبل أوانها.

"مؤامرة الصمت"

فقلت له: خيرًا، جئت ازور الوالد واطمئن على صحته فقط، بعدها دعاني إلى الدخول إلى غرفة نوم أبيه، لأنه مُقعد لا يستطيع السير على قدميه.

استقبلني السيد وقال أهلاً وسهلاً دكتور علاء، الله بعثك لي، أريد أن تكلمني صادقًا، وطلب من أبنه أن يتركنا لوحدنا، قلت له أنا في خدمتك سيدي، ماذا تريد؟

"طلب المريض الخصوصية والسرية"

أخرج لي السيد ورقة من تحت الوسادة، وكانت نتيجة تحليل نسيجي، وقال دكتور أنت رجل أمين وشريف، وأريد منك تقول لي ما نتيجة التحليل؟ لأن أولادي الملاعين يرفضون ابلاغي بالحقيقة، ويقولون لي أن النتيجة طبيعية.

"قلق المريض واحساسه بمؤامرة الصمت التي تزيد من قلقه"

أخذت التحليل قرأت كلماته مرات عدة، وانتظرت بضع ثوانٍ أتأمل ما أقول، وارقب نظرات السيد وهي تلاحقني واستجمعت أفكاري وبدأت بــ:

ماذا يجول ببالك سيدنا الجليل؟

"تقييم معلومات المريض وهواجسه"

السيد: في الحقيقة أنا متوجس من التحليل، ولكن من حقي أن اعرف النتيجة حتى لو كان المرض خبيثًا، فيجب أن أعرف، وأنا رجل مؤمن بقضاء الله.

فقلت له اسمع سيدنا : أنت رجل مؤمن وروحاني، وعندما نقف ورائك في الصلاة نشعر بخشوع كبير في أثناء دعاؤك، وانت ترضى بقضاء الله.

"علامة تحذيرية تسبق الخبر السيئ"

والمريض يستمع وهو ينطر إلى الأرض، ويؤسفني أن ابلغك بأنك مصاب بالمرض الخبيث فعلاً ......

"البوح بالخبر السيئ"

وهنا توقفت عن الكلام ليهضم المريض الخبر، ونظرت إلى السيد وصفن صفنه عميقة وهو يتأمل لبضع ثوانٍ.....

"مرحلة الصدمة بعد سماع الخبر السيئ"

ومن ثم قال الف رحمة على والديك، الآن ارتاح قلبي ... سأرتب اموري الدنيوية ...واستعد لملاقاة ربي.

"انتقل السيد من مرحلة الصدمة إلى مرحلة القبول مباشرة"

فقلت له: أنا اعتذر سيدنا لإبلاغك الخبر المزعج.

"تقدير مشاعر المريض"

السيد: لا بالعكس أنت رحمتني...

ودعت السيد وخرجت ولم اكلم ولده عند خروجي وودعته ورحلت.

اتصل بي أبن السيد بعد عدة أيام لكي يشكرني، ويقول لي خير ما فعلت مع والدي، فقد ارتاح نفسيا وتقبل الخبر، وهو مستقر حالياً، ووافق أن يراجع طبيب الأورام للعلاج، والآن هو على العلاج الكيمياوي، ولو لم تبح لم نعرف كيف نتصرف ونخبره بالتشخيص.

وبعد ستة أشهر توفى السيد وحضرت الفاتحة واستقبلني اولاد المتوفى استقبالاً حارًا يدل على امتنانهم لما بحت به لوالدهم.

4 - التعرف على كمية المعلومات التي يرغب أن يعرفها المريض

وبعد أن يتعرف الطبيب على معلومات المريض ويقييم حالته الانفعالية يسأل سؤالاً بسيطًا آخر؛

لا يكمن هذا السؤال فيما ترغب باعطائه، وانما فيما يرغب أن يتلقاه الآخر، وأبدأ بالمعلومات التي يعرفها المريض وانتقل إلى المعلومات الجديدة.

ما مستوى رغبتك لمعرفة المعلومات الطبية إذا كانت جيدة أو سيئة؟

ومن المفضل أن يسأل الطبيب هذا السؤال في أثناء أخذ الخزعة التي ترسل إلى المختبر، حتى تبدأ مراحل البوح بالخبر السيئ مبكراً، علماً أن الناس يختلفون في الإجابة عن هذا السؤال اختلافاً شاسعاً، فمنهم من يرغب بمعرفة التفاصيل الدقيقة عن حالته المرضية، وآخرين لا يفضلون ذلك، فهؤلاء الذين لا يرغبون على الاطلاع على المعلومات ينبغي أن ينوب عنهم أحداً لشرح حالتهم المرضية، فمن أي الأنواع أنت؟ وقد يحدس المريض الخبر السيئ من ملامح الطبيب ونبرات صوته.

وقد يخطأ الأطباء الذين يتخذون محورية المرض أساساً لعلمهم حينما يظنون أن استقلالية المريض تعني أخباره بجميع الحقائق الطبية عن مرضه، ولكن استقلالية المريض في مفهوم محورية المريض هنا تعني؛ أن المريض له الحق في تحديد كمية المعلومات التي يرغب بمعرفتها، وعلى الطبيب أن يحترم هذه الرغبة ويعمل ضمنها ولا يتجاوزها. "7"

5 - مشاركة المريض بالخبر السيئ

عند البدء بإعطاء الطبيب الخبر السيئ يجب أن يحدد الموضوع الذي سيناقشه؛ مثل أن لقاءنا اليوم سيتركز على مناقشة نتيجة الفحص النسيجي لخزعة الرئة، هل لديك أمور أخرى تحتاج مناقشتها اليوم؟ وعلى الطبيب أن يدرك أن المريض يمر بمرحلة صعبة جداً، وأنه جاء وهو متعلقٌ ولو بأمل قليل ليسمع خبراً جيداً، في حين أن لدى الطبيب حقائق مقلقة للغاية ينبغي أن يبوح بها للمريض. وهذا الاختلاف الشديد بين وجهتي النظر هذه ينبغي أن يدركها الطبيب إدراكا عميقًا، وبعد الانتظار وفهم ما يدور في ذهن المريض يعطي الخبر السيئ بالتدريج، ويعطي معلومة بسيطة ويراقب تلميحات المريض وما يبدو عليه وهل سيستمر أم لا، واعتماداً على المعلومات التي استقاها الطبيب عن مدى رغبته بالمعلومات، وعليك إن كان الخبر سيئًا للغاية أن تعطي علامة تحذيرية قبل البوح، والتي تهيئ المريض لسماع الخبر السيئ لأن عدم تهيئته سيصاب بالصدمة المفاجئة التي تمنعه من استيعاب المعلومات التي تريد إعطاؤه إياها. وينبغي أن تقول:

أخشى أن لدي خبر غير سار بدلاً أن تقول له أخشى أن لدي خبر سيئاً

وبعدها مثال:

فلان كنت تعاني من سعال لمدة ثلاثة أشهر، وازدادت شدة السعال، وأصبحت تنفث دمًا، وأجرينا لك ناظور الرئة، وأخذنا قطعة صغيرة من الرئة وفحصناها، وتبين أن الفحص النسيجي أثبت أن لديك سرطان الرئة!

من دون لف ولا دوران ولا مصطلحات طبية

- ماذا تقول، سرطان! "ولا تقل ورمة أو عقدة وإذا تركناها تصير خبيثة"
- نعم
- معناه نهاية حياتي!

سرطان.... هل يعني لك نهاية حياتك؟ ليس بالضرورة نهاية حياتك.

هنا يخرج قطار تفكير المريض عن مساره والدنيا تدور حول رأسه

وانتظر ليهضم المريض الخبر.

وهنا تبدو شخصية الطبيب وموقفه ورباطة جأشه أكثر تأثيرًا من كلامه، فعليه أن يصمت وينتظر ويراقب انفعال المريض. وننصح هنا الطبيب أن يصبر ويتأمل دور المريض، وبماذا يفكر بخبر يغير مسار حياته، وغالباً ما يستجيب المريض بطرق مختلفة ولكنهم يوصلون إشارات لفظية وغير لفظية لما يفكرون به في المستقبل القريب.

واستعد لإعادة الخبر وتوضيحه مرات عدة، ولا تقلل من خطورة الحالة المرضية، وإن تقليل الصدمة قد يؤدي إلى الغموض والتشوش لدى المريض، وبالمقابل يقدر المرضى الأمانة العلمية والمباشرة في الطرح مع التعاطف، ولكن بعض الأطباء يزيد الصمت من انزعاجهم وقلقهم، وبذلك يبادرون بعرض الخطط العلاجية اللاحقة والتطمين المبكر والإحصاءات في هذا الشأن.

6 - التعاطف وبناء العلاقة:

غالبًا ما يُصاحب البوح بالخبر السيئ مشاعر جياشة، وبعد سماع أكثر المرضى الخبر السيئ، يعبرون عن مشاعرهم لفظياً وغير لفظيٍ.

- استكشاف المشاعر: ولذلك يجب أن يلتقط الطبيب هذه المشاعر ويبدأ بالتعاطف مع المريض، وإذا لم يُظهر المريض العواطف ينبغي على الطبيب أن يسأله سؤالاً واضحاً للتعرف على أفكاره ومشاعره فيقول،

ماذا يجول بخاطرك؟

ويتقدم الطبيب مع ما يصدر من المريض من أفكار ومشاعر، مثل:

- تقدير المشاعر: أقدر مشاعرك هذه، نعم خبر مزعج، وكل شخص يمر بمثل حالتك سيشعر بنفس الشعور.
- احترام المشاعر: لك الحق في ما تشعر به.
- العمل المشترك والاستئذان بالمساعدة ومناقشة الأفكار والخطوات التي يطرحها بعد سماعه الخبر.
- دعم المريض: ادعم المريض وطمّنه تطميناً حقيقيًا، فمثلاً تقول سأقف معك في هذه المحنة.
- بناء علاقة ثقة: وابنِ علاقة ثقة واستمر في بناءها في المقابلات اللاحقة. وتجنب التطمين الكاذب وابقَ على أمل حقيقي، فمثلاً تقول: أنا أعرف أن التشخيص سرطان، صعب شفاؤه، ولكن العلاجات تتطور مع الزمن، ولا زال هناك أملٌ للشفاء. وقد يكون تواجدك واحتضان المريض فقط هو الدعم الذي تقدمه له.

لذلك ينبغي التأكيد على الطبيب أن يلاحظ تجاوز المريض للصدمة العاطفية وتمكنه من امتصاصها، قبل أن ينتقل إلى موضوعٍ آخر. ويجب أن يبقى الطبيب واعياً لعلامات انكفاء المريض وذويه من خلال التلميحات غير اللفظية كالصمت والبكاء وتغيير الموضوع فجأة، يمكن لك أن تتوقف حينما يبدو على المريض المقاومة وعدم الانصات، وبعدها أترك فرصة: وسلّم باحتمال الإنكار، لا تستمر أكثر، وأستجب إلى ردود فعل المريض فقط.

وأن صمتك وانتظارك هو دعم للمريض، وعد إلى 20 قبل التفوه بأي كلمة، وعلق على ما يبدو على محياه، وحينما لم يتمكن من هضم المعلومات أطلب تأجيل المقابلة إلى وقت آخر.

غالباً ما ينتقل المريض من التفكير العاطفي إلى التفكير المنطقي في هذه المرحلة ويسأل أسئلة كثيرة عن إمكانية إجراء فحوصات أخرى للتأكد من التشخيص ومدى انتشار المرض، وطرق العلاج المتاحة، والعمليات الجراحية ومضاعفاتها المستقبلية، ولاسيما عند المرضى الذين مر أقاربهم بنفس المشكلة مثل، سرطان الثدي، والعمليات التي أجرتها أختها، والمضاعفات التي عانت منها، وناقش النقاط كلٍّ على حدة وبنقاط انتقال واضحة، من دون مصطلحات وبلغة عربية بسيطة، وتقبل الأسئلة وانصت للمشاعر.

7 - بناء الخطة العلاجية والمتابعة:

هناك أسس مهمة يجب أخذها بالاعتبار عند مناقشة الخطة العلاجية، وهي:

- قبل مناقشة الخيارات العلاجية المتاحة مع المريض، يجب على الطبيب توضيح أهداف العلاج:
  - الشفاء
  - أو لإطالة أمد الحياة.
  - أو تحسين نوعية الحياة فقط.
- بحيث يفهم المريض وعائلته النتائج المحتملةـ وكيف ترتبط هذه الأهداف بأهداف الرعاية.
- عند مراجعة خيارات العلاج مع المرضى، يجب على الطبيب تقديم معلومات حول فوائد العلاج وأعباءه المحتملة، والتحقق من فهم المريض لهذه الفوائد والأعباء.
- يجب على الطبيب مناقشة خيارات العلاج بطريقة تحافظ على أمل المريض، وتعزز استقلاليته، وتيسر فهمه. وبعدها يجب أن يشرح الطبيب بالتفصيل الإجراءات اللازم اتخاذها مستقبلًا مثل، تشمل الخطة اربع نقاط:

  الفحوص المختبرية، استشارات طبيب أورام متخصص في علاج السرطان، تأمين نظام الدعم النفسي والطبي، تأمين الدعم العائلي والمجتمعي المناسب، وحدّد مسارًا مفترضًا لما سيحدث، وضع خطوطاً عريضة لما سيواجهكم مستقبلاً، وأعط أملاً مدعماً بالحقيقة "تهيأ للأسوأ وآمل للأفضل"، وناصر المريض: نستطيع أن نعمل على هذا الموضوع سوياً.... فيما بيننا، مثل: ركّز على مشاركة المريض، أكد دورك كداعم له، وأكد على نوعية الحياة، وكيف يتدبر أمره عندما يحتاج إلى استشارة طبية، وأخيرًا لخص، وتأكد من فهم المريض للمعلومات المعطاة: هل يمكن أن أعرف ماذا ستقول لعائلتك ولو بشكل سريع؟ تنبه لاختلاف الفهم، مثل: ماذا يعني السرطان للمريض مقارنة لمعناه عندك، لا تتردد من إظهار العواطف، اسمح للمريض بالبكاء.
- وقد لا تصل إلى اتخاذ قرارات مهمة في المقابلة الأولى، لذلك ستقتصر على مشاركة المريض وعائلته بالمعلومات وبناء علاقة تُشعرهم بأنك ستقف إلى جانبهم وستوفر لهم الارشاد مستقبلاً. وزود المريض

بمعلومات عن مرضه بمطبوعات ومواقع الكترونية موثوقة، وخطط لمقابلات مستقبلية وشجع المريض وعائلته لتسجيل قائمة استفسارات يحتاجون الاجابة عليها في المقابلات القادمة، ومن المفضل تسجيل المقابلة سمعياً أو بصرياً لمراجعتها لاحقاً. وعمومًا يحتاج المريض إلى وقت للتفكير بالخيارات التي أمامه لاتخاذ القرار، ويمكن تأجيل اتخاذ القرار لحين التوصل إلى قناعة بالاجراء التي يتخذه.

8. الإجابة عن الأسئلة الصعبة: التكهن بالأجل

يسأل المريض عدة أسئلة أهدافها متشابهة ولكن التغيير في صياغتها فقط، مثل:

- هل أنا مشرف على الموت؟
- هل أكتب وصيتي؟
- دكتور بعد كم بقى لي "أشـــگد ظلي؟

هذه بعض أسئلة المرضى التي تفيد التكهن بالأجل، ولكن الخبرة العملية تشير إلى أنهم مجبرون على تلك الأسئلة وليس بمحض اختيارهم. وأن أغلب المرضى لا يرغب بمعرفة توقيتات التكهن وإحصاء مدى الحياة المتوقع بعد الإصابة بالمرض، ويخشون مناقشتها بصراحة ومن دون غموض أو شفافية، ويتوقعون من أطبائهم أن يكونوا عطوفين عليهم ورؤوفين بحالهم، ورقيقين بتناول تلك الموضوعات، "وليس كما يشاع كثيراً من أن الطبيب في الغرب يصارح مريضه بكل تفاصيل مرضه والتكهن بمستقبله. لذلك حينما يواجه الطبيب سؤالاً صريحاً كما ورد سابقاً فعليه أن يتبين غاية المريض من السؤال، وأن يعيد السؤال بصيغة أخرى، مثل:

الطبيب: سوف أجيبك عن السؤال ولكن أرغب بمعرفة؛ لماذا تسأل هذا السؤال؟ فقد يجيب المريض: لا إنها فكرة ساذجة تراودني (والتي تعني أن المريض غير راغب بسماع الجواب).

أو قد يجيب بالآتي: لقد تعبت كثيراً، ولا أرى تحسناً في حالتي الصحية.

لذلك على الطبيب أن يسأل مرة أخرى.

الطبيب: وهل هناك سبب آخر لسؤالك؟

فقد يذكر المريض أسباباً أخرى تدفع به لسؤاله هذا. وحتى لو أراد أن يعرف الجواب الحقيقي عن الموضوع، فينبغي على الطبيب أن يجيب: نحن جميعًا نأمل الأفضل ولكن نتحسب للأسوأ، فإذا كان لديك أي أمر تحتاج ترتيبه رتبه من الآن، لأن الاعمار لا يمكن التكهن بها بدقة، ويمكن أن تكتب وصيتك وأنت في هذه الحالة قبل أن تتدهور حالتك الصحية، وقد يكون هذا الإجراء احترازياً منك، وليس دليلاً نهائياً على نهاية حياتك، لاسيما في مجتمعنا الذي يؤمن بأن الموت قدر محتوم في وقت محدد لا يتدخل فيه البشر. ومن المفيد الإيضاح للمريض بأن الوصية ليست مرتبطة بوقت معين قريب من الموت، لأن كثيراً من الناس يكتبون وصاياهم وهم في أتم العافية بل يوثقونها امام كاتب العدل أو المحاكم الشرعية ليكونوا مطمئنين للقاء ربهم في أي وقت.

9 – عناية الطبيب بحالته النفسية

يعاني الأطباء من مشاعر سلبية ومتناقضة وصعبة حينما يبوحون بأخبار سيئة، وتشمل فقدان السيطرة على المقابلة، والاحساس بالذنب أو العزلة، والخوف من الموت، والانهاك النفسي، تغير المزاج العاطفي، الغضب ومشاعر غامضة غير واضحة لهم.

وتختلف شدة هذه العواطف من طبيب لآخر، والتجارب السابقة التي مر بها، والتربية العائلية، لذلك يجب أن يأخذ وقتًا مناسبًا بعد البوح أو في نهاية الدوام الرسمي لاستكشاف مشاعره تجاه المقابلة، وما الذي دار بها، ومن المفيد لبعض الأشخاص مناقشة مشاعره مع زميل يثق به أو أحد أفراد عائلته أو نشرها في مجلة بعد رفع السمات الشخصية عنها.

مثال: اخبرتني أحدى الطبيبات اللواتي عملن مع الدكتور المرحوم ابراهيم الناصر اختصاصي أمراض الدم في الطفل المركزي سابقًا، والمشرف على ردهة أمراض الدم، وتقول تعلمت منه حب المرضى والاخلاص في العمل وذكرياتها معه:

ردهتنا ترعى الأطفال المصابين بأمراض الدم الخبيثة، ويتعلق الطبيب "د ابراهيم" بمرضاه لسنين، ويدخل الطفل في الردهة مرات عدة ويرعاه لسنوات ويراه يتعلق به كوالده الحنون، وحينما يسأل الأطباء المقيمين عن أخبار الأطفال قبل زيارة المرضى الصباحية، ويخبروه أن الطفل فلان توفى والطفلة فلانة توفت، يتألم كثيرًا ويتنهد ويقول:

" لا لا، أف، شجابنه على هالشغله، لو نعالج بلاعيم وكحة مو أحسن"

الأسئلة:

ما المقصود بالبوح بالخبر السيئ؟

أعطِ أمثلة عن الحالات التي يحتاج الطبيب أن يبوح بخبرٍ سيءٍ؟

ما المواقف التي تشل الطبيب وتمنعه من البوح بالخبر السيئ؟

تصور أنك فقدت محفظتك الشخصية في سفرة خارجية والتي تحتوي على جواز السفر والهوية الشخصية، وهوية وزارة الصحة والفيزا كارد مع المبلغ المالي النقدي الذي تملكه، ما مشاعرك في تلك اللحظة؟ ما أفكارك؟

تأمل دور المريض وما ترغب من الطبيب أن يستعمل من المهارات لإخبارك بخبر سيء؟

ما مراحل البوح بالخبر السيئ؟

المهارات

عد سيناريو من تخصصك المهني وممارستك العملية تمكنت به البوح بالخبر السيئ مريض؟

مثل بمجموعات ثلاثية دور المريض والطبيب والمراقب في المقابلة الطبية للبوح بالخبر السيئ بالتناوب؟

سجل المقابلة واعرضها للمناقشة في المجموعة الكبيرة؟

حينما تتمكن من المهارات، مارس البوح بالخبر السيئ مع مريض حقيقي وراجعه منفرداً وأعرضه لزملائك للمناقشة؟

المصادر

1. Ozdogan M, Samur M, Sat Bozcuk HS, Coban E, Artac M, Savas B et al., “Do not tell”: what factors affect relatives’ attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? Supportive Care Cancer 2004; 12: 497-502.

2. باقر القرشي، موسوعة الأمام علي بن أبي طالب، الجلد 11، ص 257، انترنيت 27 آب 2018

3. Buckman R. , Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals, Baltimore: Johns Hopkins University Press (1992).

4. Sultan S, https://www.researchgate.net/publication/313242263_KAP_study_of_Iraqi_health_professionals_regarding_the_breaking_of_bad_news_at_Medical_City_teaching_hospitals_in_Baghdad 2013.

5. Fallowfield L, Jenkins V, communicating sad, bad and difficult news in medicine, the Lancet, Vol. 363 (9405): (2004) 312-319.

6. Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J.,Relating specific issues to core communication skills chapter 8 In: Skills for Communicating with Patients, 3rd Edition. (2013) Radcliffe Publishing Ltd, London.

7. Fortin A H., Francesca C. Dwamena, Richard M. Frankel, Robert C. Smith, Step 11: The End of the Interview. In: Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, 3e, (2012) The McGraw -Hill Lange.

8. Platt FW, Gordon GH. Giving bad news in Field guide to the difficult patient interview, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999; 100-107.

9. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, Berry DL, Bohlke K, Epstein RM, Finlay E, Jackson VA, Lathan CS, Loprinzi CL, Nguyen LH, Seigel C, Baile WF. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline, J Clin Oncol. 2017 Nov 1;35(31):3618-3632.

10. Maguire P, Communication Skills for doctors, Hodder Arnold, 2000.

11. Ross E. Kobler, On death and Dying, Tavistock publication, London, 1970.

12. عبدالسلام سلطان، المواقف الحرجة في المقابلة الطبية،رقم الايداع في دار الكتب والوثائق بغداد 227 في 2006.

الرعاية الطبية والعلاقة بين الملاكات الطبية والصحية

الرعاية الصحية التي محورها العلاقات

Relationship Centered Care "RCC"

الأستاذ: أعطِ المريض حقنة بثدين ليلاً
المقيم: أستاذ، إذا احتاجها ولم يتمكن من النوم
الأستاذ: لا، حتى أنا أستطيع أن أنام

هاشم مكي الهاشمي

كان الاعتماد على آراء الأطبّاء في تطوير الرعاية الصحية سابقًا، ولكن في الوقت الحاضر وبعد أن شاع مفهوم الرعاية الصحية التي محورها المريض برز مفهوم آخر للتطوير، وهو الرعاية الصحية التي محورها العلاقات؛ الذي يكمل حلقة العلاقات الضرورية ويسد حاجة الرعاية الصحية الشاملة إلى فريق عمل متكامل لخدمة المريض الفرد والمجتمع ككل؛ ويُعرّف هذا المفهوم بقدرة الطبيب على التفاعل وبناء علاقات إيجابية مع شبكة كبيرة من الأشخاص لإنجاز أهداف الرعاية الصحية الشاملة "1"، لذلك يجب أن يتحرك الطبيب المعالج خارج إطار العلاقة الأساسية مع المريض لبناء شبكة علاقات مع الملاكات الطبية والصحية وعائلة المريض والجهات المجتمعية المختلفة من أجل تقديم رعاية صحية متميزة والحصول على نتائج صحية أفضل "2".

ويأخذ مفهوم المقابلة الطبية التي محورها المريض بنظر الاعتبار منظور المريض فضلاً عن منظور الطبيب. ولكن الدراسات تشير إلى أن هذا المفهوم لا يعير الاهتمام اللازم لبناء العلاقات الشخصية والإنسانية خارج الإطار الثنائي "الطبيب – المريض" في الممارسة الطبية، مما يؤدي إلى تدهور مهارة التعاطف والمواساة لدى الطبيب مع تقدمه بممارسة المهنة "3". في حين يوضح مفهوم الرعاية الصحية التي محورها العلاقات عمق تأثير بناء علاقات إيجابية مع الآخرين على تحسن نتائج الرعاية الصحية، لأن محور ممارسة الطب هو العلاقات الإنسانية الواسعة المستندة إلى أربعة مبادئ "4"

(1) بناء العلاقة الإيجابية بين المشاركين في رعاية المريض.

(2) خلق بيئة يسودها الودّ والمشاعر الطيبة بين المجموعة المعالجة للمريض.

(3) يجب أن تتميز بيئة العلاقات بالتأثير المتبادل بين الأعضاء.

(4) يجب أن تُعزز العلاقات القيم النبيلة بين الأعضاء.

وهناك أربع مجموعات يحتاج الطبيب بناء العلاقات معها في أثناء تقديم الرعاية الصحية للفرد المريض والمجتمع،:"3"

1 – علاقة الطبيب بالمريض: وهي محور العلاقات الجوهرية، وبمعايير تنسجم ومنهج المقابلة التي محورها المريض، والتي كانت محور هذا الكتاب الرئيس. وفيها يكون المريض مركز الاهتمام، ويأتي الأطباء والملاكات الصحية والساندة الأخرى بالمرتبة الثانية من الأهمية. وتمثل تجربة مركز السرطان الجديد في فرجينيا ماسون تجربةً رائدة في هذا المجال، اشترك فيها المركز مع مرضاه برؤية، المريض أولاً: إن المرضى الذين يدخلون المركز يوضعون في غرف مجهزة تجهيزا جيداً، وضوءًا طبيعياً من نوافذ كبيرة ولا يتنقلون لطلب الرعاية وإنما يزورهم الأطباء والممرضات وفنيي المختبرات في غرفهم ويلبون احتياجاتهم. واعترض بعض أطباء المركز على هذا الإجراء وغادروا المركز، وعلى الرغم من تذمر بعض الأطباء الباقين لكنهم ساعدوا في تطوير المركز والارتقاء به إلى مكانة عالية،"5" وهذا التوجه يناقض ما نراه في ممارستنا الحالية "الرعاية الصحية التي محورها الطبيب" ونرى معظم المرضى يجوبون عيادات الأطباء ويستشيرون أطباء ومعالجين عدة ويتنقلون من مكان لآخر لإجراء الفحوص المختبرية والشعاعية والصيدليات، وتزداد معاناتهم بزيادة قسوة أمراضهم.

2 – علاقة الطبيب مع الملاكات الطبية والصحية المشاركة في رعاية المريض الفرد؛ وتشمل جميع الملاكات وليس الأطباء وحدهم؛ الممرضات، والصيادلة، واختصاصي التغذية، والمعالجين النفسيين والاجتماعيين والطبيعيين والإداريين والحرفيين، وجميع العاملين في المؤسسة الصحية.

ويؤدي اضطراب هذه العلاقة إلى الفوضى في المؤسسات الصحية والارتباك والغموض، وتضارب التوجيهات التي يسمعها المرضى من الأطباء المشرفين، هناك مثال مؤثر يبين أهمية العمل كفريق عمل مشترك، معاناة أرملة توفى زوجها الشاب بالسرطان:

في الأيام الأخيرة من رقود محتضر في ردهة الانعاش، طُلب من الأطباء عقد لقاء مع العائلة، لإخبارهم حراجة حالته الصحية. ولكن رفضت زوجته مقابلة الأطباء وقالت: لسنا بحاجة للقاء الأطباء، وإنما يحتاج الأطباء اللقاء فيما بينهم. وبهذا أرادت أن تؤكد أن مختلف الأطباء الذين يزورون زوجها كانوا لا يتحدثون بالفعل إلى بعضهم البعض، وكثيراً ما تلقت رسائل غير متناسقة أو حتى متناقضة من أطباء عدة. والحقيقة أن الارتباك والغموض الذي وصفته هو أكثر ما جعل العائلة في حيرة، وأدى إلى إجراءات زائدة ومطولة وأخطاء، ورفع التكاليف وقلل جودة الرعاية الصحية "5"

3 – العلاقة مع المجتمع: يجب أن يبني الطبيب علاقات واسعة مع المجتمع الذي يخدمه وتشمل العلاقات مع عائلة المريض والجهات الداعمة له، ومصادر الدعم المجتمعي الأخرى. كما يجب الاهتمام بالجانب الصحي

الأوسع، ولا ينحصر اهتمام الطبيب بالجانب الطبي الضيق، والتصدي للمخاطر الاجتماعية المهددة لصحة الفرد والمجتمع، ودعم المبادرات المجتمعية لتحسين الصحة والاهتمام بالصحة العامة والسيطرة على الأمراض والوقاية منها.

4 – تطوير الذات: الطب مهنة صعبة، لذلك يجب المحافظة على الطبيب الإنسان، وذلك بالتدرب على التعامل مع المواقف الصعبة وتحمل ضغوط العمل، والتركيز على تطوير الذات والانفتاح الواعي لفهم المقابِل، والمراقبة الذاتية ومحاسبة النفس، لتقليل الإحباط الناتج عن العمل وسط جو متوتر ولاسيما العمل في ردهات الطوارئ والإنعاش، والسعي لتقديم رعاية عالية المستوى في الظروف الصعبة والتي تستند إلى؛ دورات تدريبية لتعميق مفهوم الإنسانية في الطب، وادراك الطبيب لأفكاره ومشاعره وتأثيرها على رعايته لمرضاه "Mindful Practice"، وتحديث معلوماته والرغبة في زيادة المعرفة وليس تطبيق الأنماط المعتادة في الرعاية الصحية بالمشاركة بفعاليات التطوير المهني المستدام والتعليم الطبي المستمر، والتفكير بعمق واعتبار المألوف جديد ورؤيته من عدة أوجه، والتواجد وتحمل المسؤولية في المواقف الصعبة.

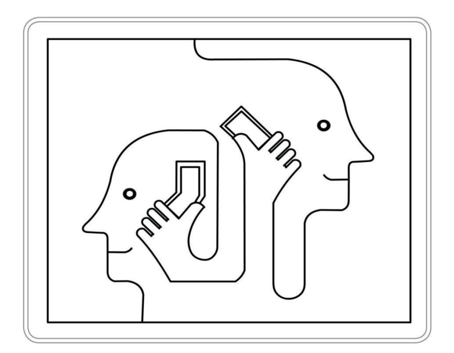
وعند فقدان الوعي الذاتي تنتشر ظاهرة الإحباط لدى الأطباء، وتؤدي إلى زيادة الأخطاء الطبية وقلة رضى المريض، ومن أهم مزيات الطبيب المحبط هي الإنهاك العاطفي، وتبلد المشاعر، وضعف الإحساس بأهميته المهنية وفاعليته الإنسانية، ومعاملة المريض كماكنة عاطلة ولا يعير أهمية لإنسانيته، وربما تدفعهم المواقف الغريبة إلى التعبير التهكمي عن حياتهم المهنية، وعدم احترام المريض. لذلك ينبغي تعزيز الجوانب الإنسانية للأطباء وإشعارهم بالأهمية والدعم والاحترام والأمان.

والتصالح مع الذات التي هي المحرك الأساس لبناء شبكة العلاقات الإيجابية مع المرضى وذويهم والملاكات الصحية والمجتمع والعمل على استمراريتها، ومن دونها لا يتمكن الطبيب من تنمية الممارسة الطبية التي محورها العلاقات، وأن يصبح جزء فاعلاً في مجموعة كبيرة وفريق متعاون لرعاية صحية كفوءة.

الرعاية الصحية عن بعد Telehealth

وتنقسم إلى قسمين:

أ – المقابلة الهاتفية:



المقابلة الهاتفية: لأهمية التواصل الهاتفي في الممارسة الطبية سأذكر الأسس التواصلية الضرورية عند استعمال الهاتف:

أصبحت المقابلة عبر الهاتف طريقة شائعة لتواصل الطبيب بالمريض في الوقت الحالي. لمناقشة وتدبير المشكلات البسيطة والإدارية ومتابعة الحالات الحادة والمستديمة التي يمكن إنجازها بفاعلية بالهاتف "6". وبيّنت مراجعة أحدى الدراسات "7" للمقابلات الهاتفية أن مستوى رضا المريض كان عالياً في هذا النمط من التواصل. إذ يقيّم المرضى سرعة التواصل وإمكانية تكراره، كما يقلل وقت السفر والكلفة. ولكن هناك دراسات قليلة عن المهارات التي يحتاجها الطبيب للمقابلة الفاعلة أو تدريب الأطباء ليتمكنوا من استعمال هذه الوسيلة بمهارة وقناعة، وهي حيوية إذا ما أريد ضمان الجودة والسلامة "8". وعلى الرغم من أن مهارات التواصل الأساسية تبدو مناسبة للمقابلة الهاتفية لكن هناك بعض الاختلافات المهمة، وهنا نشير إلى الحاجة إلى استعمال بعض المهارات بتمعن أكبر ودقة ولاسيما إذا كان المريض يفتقد القناعة.

ويمكن أن يقلّ فهم الموضوع لأن التلميحات الطبيعية غير اللفظية المصاحبة والمهمة في إرسال وتفسير الرسائل غير متوافرة للطبيب والمريض معاً. وعند الطوارئ، من الشائع أن يتصل شخص ثالث بدلاً عن المريض أو كبير السن. لذلك من الضروري أن ينصت الطبيب بعناية ويتحقق بتكرار لفهم الموضوع والاستجابة باهتمام، إذا ما أريد أن تكون المقابلة الهاتفية فاعلة. ويحتاج المريض تشجيعه للكلام واستعمال التيسير اللفظي لأن التيسير غير اللفظي غير ممكن مثل: م م....م م م...ها ها...يا..اي اي.... أو بوضوح أكثر: أنا ألاحظ... استمر... أخبرني أكثر.... نعم... نعم.... ويجب اكتشاف هواجس المريض وأفكاره وآماله في المقابلة فضلاً عن مرضه. وإذا ما أبدى المرضى قلقاً في المقابلة الهاتفية فهذا غالباً ما يدل على تجاربهم الصعبة السابقة في الاتصال التلفوني، والتي قد لا ترتبط بالمجال الطبي. والمهم أن تلتقط بوضوح تلميحات المريض التي تساعد على الدخول بطريقة كفوءة وتعاطفية لبناء علاقة شفائية: "يبدو لي أنك قلقٌ جداً...أستطيع أن اسمع من صوتك أنك تبدو قلقاً...." وفي بعض الأحيان، يحتاج الطبيب أن يتحدى بعناية: "يبدو أنك غير مقتنع بما قلت لك تواً؟" وقد يجد الشخص الذي يعاني من ضعف السمع صعوبة في التفاعل الهاتفي. ومن الخطأ الاختصار وعدم فهم بعض الأجزاء الخاصة من قصة المريض وإهمال تشخيصٍ مهم.

وللمفارقة، فإن وقت المقابلة الهاتفية قد لا يقل عن وقت المقابلة الاعتيادية؛ لأن من الضروري التوضيح غير القابل للشك لمحتوى المرض والمعاناة. واسأل المريض عن العلامات المرضية التي يراها مثل "كيف يبدو لك الطفح؟"، ويمكن أن يرسل لك المريض صورة الطفح لتراها، والتي تسمح للطبيب بعلاج المشكلة بسلام من دون

رؤية المريض. وينبغي أن تعطى المعلومات بوضوح وبساطة، بجرع قليلة وتحقق متكرر. وتفيد الإعادة والتلخيص للخطة العلاجية لأكثر من مرة. والطلب من المريض إعادة التفاصيل المهمة ثانيةً للطبيب أمر ضروري في مهارة مراجعة التعليم ص "Teach Back". وغالباً ما يساعد تقديم الخيارات لإيجاد قاعدة للفهم المشترك، وتسمح المناقشة للتقدم بيسر أكبر. وأجرى"9" في المملكة المتحدة دراسة نوعية عن خبرة الأطباء في إعطاء النصائح الهاتفية ووجدها مفيدة.

ولكن يصعب إغلاق المقابلة حينما يشعر المريض أن حاجاته لم تلبَّ. لاسيما حينما تكون خطة المتابعة غير واضحة أو لم يوافق المريض الطبيب على المقترحات، ولاسيما حينما لا يعرف الطبيب المريض سابقاً فإن المقابلة الهاتفية قد تسبب مشكلات وأخطاء طبية فادحة، وأخيرًا من الضروري تسجيل فحوى المقابلة والاحتفاظ بها للمراجعة عند زيارة المريض للطبيب.

الأسئلة

ما مفهوم الرعاية الصحية التي محورها العلاقات؟

ما مبادئ الرعاية الصحية التي محورها العلاقات؟

ما أهم علاقة من العلاقات الأربعة التي يجب أن تحتل الأولوية في هذا المفهوم، ولماذا؟

المهارات

- صغ رسالة تثقيفية طبية بسيطة في مجال تخصصك تحث بها مجموعة من الأشخاص للالتزام بإجراء وقائي أو علاجي، وناقش مفرداتها، إرسالها عن طريق الموبايل؟
- مثل مقابلة هاتفية وسجلها وناقشها مع زملاؤك؟

ب- المقابلة الافتراضية Virtual interview

الدكتورة سوسن عيسى الجابري

ويعني المقابلة عبر أجهزة التواصل الحديثة "10 و 11" مصطلح حديث يعني استعمال الهواتف الذكية والآي باد والكومبيوتر، وهو جانب من خدمات الصحة الإلكترونية، وتنتقل فيها المعلومات بوساطة تقنيات التواصل الحديثة: وتشمل جمع المعلومات عن صحة المجتمع، والأفراد، وتزويد الأطباء والباحثين بالمعلومات ورعاية المرضى، مثل: المقابلة الطبية الافتراضية لتشخيص حالة المريض أو مراقبة فعالياتهم الحيوية وذلك بربط أجهزة مراقبة بالهاتف الذكي.

واستعملت هذه التقنية في الدول المتقدمة حتى ظهر تطبيقها في السنوات الأخيرة في الدول النامية نتيجة النمو السريع في انتشار الهواتف النقالة في الدول منخفضة الدخل. ويعد هذا التوجه وسيلة لتوفير الصحة والوصول إلى قطاعات أكبر من السكان في البلدان النامية، وتحسين قدرة النظم الصحية في هذه البلدان على

توفير الرعاية الصحية الجيدة. وتعمل لتحقيق مجموعة متنوعة من الأهداف: تقديم الرعاية الصحية للمجتمعات النائية وتزويدهم بالمعلومات المتعلقة بالصحة، وتحسين القدرة على تشخيص الأمراض وتتبعها، وتوسيع نطاق التعليم الطبي المستمر وتدريب العاملين الصحيين، مثل برنامج الزائر الصحي في وزارة الصحة الذي يهدف إلى تقديم رعاية صحية مبرمجة للمراجعين معتمدًا على قاعدة بيانات للحصول على تقارير يومية واسبوعية وشهرية ومتابعة المتسربين من الرعاية الصحية الأولية ولاسيما النساء الحوامل في حالة الإنجاب والأطفال دون الخامسة وتقليل حالات الوفيات الناتجة عن عدم مراجعة المراكز الصحية واللامبالاة في أخذ اللقاحات الدورية، وبرنامج استعمال الرسائل القصيرة في تحسين الرعاية المقدمة للحوامل في العراق. "12"

ولكن أثارت الرعاية الصحية المنقولة عبر الأجهزة الذكية قضايا قانونية خطيرة لاسيما في البلدان النامية التي تفتقر إلى قوانين حماية الخصوصية والبيانات. هذا يجعل السجلات الطبية مثل السجل الصحي الإلكتروني عرضة لانتهاكات الطرف الثالث.

اسس المقابلة الطبية الافتراضية Virtual Medical Interview

أثرت الجائحة العالمية لفايروس كورونا المستجد "COVID -19" على تواصل المريض بالطبيب وجهًا لوجه خلال الاستشارات الطبية، بسبب خشية المرضى من كونهم مصابين بالفايروس أو لاحتمال أصابتهم به. ومن ناحية اخرى، ويخشى الأطباء من امكانية الإصابة أو العدوى من مرضاهم. وقد ازدادت هذه المخاوف مع تزايد الحاجة إلى لبس وسائل الحماية الشخصية، والتي تجعل من الأطباء يبدون بمظهر مرعب، وبطريقة تخفي تعابير الوجه ويصعب معها فهم التعبير غير اللفظي مع مرضاهم، الذي يعد جوهر مهارات التواصل لاسيما تلك التي تعنى بخلق وادامة علاقة شفائية داعمة. ومع ذلك يجب أن نحرص على بناء العلاقة مع المريض في الوقت الذي يكون فيه التلامس المباشر معه ممنوع أو محدود.

لذلك ازدادت أهمية المقابلة الطبية الافتراضية، وتجري الآن الكثير من التواصل عن بعد بين المرضى والأطباء، عن طريق الموبايل أو بمساعدة الأجهزة الذكية " الآيباد والحاسوب" وفي ما يأتي اسس المقابلة الافتراضية.

اعداد المشهد

الخلفية Background

يمكن أن تكون الخلفية جدارًا أبيضًا أو لوحة أو مكتب، يجب ألا يكون هناك باب خلف الطبيب، لأن الدراسات بينت عندما يرى المريض الباب خلف الطبيب يعطيه إحساس أن الطبيب يريد أن يغادر المقابلة بأسرع ما يمكن.

المنظر المهني Professional Look

ينبغي أن يرتدي الطبيب/ة اللباس الرسمي الذي اعتاد عليه في مقابلة المرضى، صدرية أو بدلة عمليات، أو ملابس رسمية بدلة ورباط.

زاوية الكاميرا Frame Up your Camera

يجب أن يكون وجهك موجهًا مباشرةً إلى الكاميرا، ولا تحاول إظهار صورتك الجانبية، وتأكد من المسافة المناسبة من الكاميرا "على بعد 60 سم"، لأن الشاشة ستبالغ في تعابير الوجه. قم بإعداد زاوية الكاميرا وكيف تبدو واختبار الفيديو مسبقًا للتأكد من أنك في المكان المناسب.

التواصل البصري Eye contact

عندما تريد أن تنظر مباشرة إلى المريض، تحتاج إلى النظر مباشرة إلى الكاميرا، في هذه الحالة يدرك المريض أنك تنظر إليه مباشرة. وتأكد من أن عينيك موازية للكاميرا، فهذه هي الطريقة التي تجعلك تتواصل بالعين في مقابلة الفيديو، وتحقق من استقامة وجهك مع الكاميرا لأنك إذا اقتربت منها ستشوه صورتك. وتحقق من مظهرك من وقت لآخر بواسطة مرآة جانبية.

المصافحة

مد يدك إلى الأمام وكأنك تصافح المريض الذي تقابله، وسيمد يده كذلك، وتقول لو كنت أمامي لصافحتك أو أرفع يدك إلى الأعلى لتوكيد التحية وعندها تشعر أنك اقرب إلى المريض.

نموذج الموافقة Consent form

قبل بداية المقابلة، لا تنس أخذ موافقة المريض على العلاج عبر الإنترنت شفويًا. فمثلاً، هل توافق على إجراء الاستشارة بالفيديو؟

التوثيق Documentation

اخبر المريض أنك ستوثق بعض المعلومات المهمة ولن يؤثر على سير المقابلة. ودع المريض يعلم أنك مشغول بالتوثيق مثل اسمح لي أن أدون بعض المعلومات المهمة أو عندما ترى عيني تتحول إلى جانب آخر في ذلك الوقت، فأنا أوثق النقطة المهمة التي ذكرتها.

الوقت

ينبغي أن تستمر المقابلة كما في المقابلات الشخصية وجهًا لوجه، أي ما يقرب عن 15-20 دقيقة.

المقابلة

بعد هذه الاجراءات الضرورية، أبدأ بالمقابلة الطبية بالطريقة نفسها التي تعلمتها: افتتاح المقابلة، وتقديم النفس والتعرف على المريض قبل معرفة مشكلاته، وقائمة المشكلات الرئيسة والقصة المرضية والاستنتاج السريري، مع استعمال المهارات اللفظية وغير اللفظية، وثم الذهاب إلى الخطة التشخيصية أو العلاجية وأخيرًا اغلاق المقابلة.

الفحص البدني

ولا تنس أن يد المريض تساعدك في الفحص البدني، مثل قياس العلامات الحيوية، ومشاهدة العلامات الظاهرة على المريض. وقد تطلب من المريض ان يساعدك في الفحص مثل فحص الجيوب الانفية وتعليم المريض الضرب على اماكن الجيوب الانفية وسؤاله هل هناك الم عن الضرب، أو تطلب من المريض فتح فمه ومع اضاءة لمشاهدة لوزتي المريض، أو تعليم المريض فحص الغدد اللمفاوية في الرقبة وذلك بتقسيمها لقسمين المثلث امام العضلة الترقوية الخشائية Sternocleidomastoid Muscle وخلفها، يمكن لمسها وتقدير حجم الغدة اللمفاوية وهل هي ملتصقة بالجلد أو الاحشاء، واظهار العلامات المرضية التي يعاني منها المريض مثل الطفح أو أية علامة ممكن رؤيتها عن بعد.

وقد تنصح مريضك بإجراء بعض الاختبارات المختبرية أو الأشعة السينية قبل احالته إلى المستشفى أو مقابلته مرة أخرى.

التلخيص

وأخيرًا دون ملخص الزيارة الأخير، والارشادات التي يجب على المريض القيام به.

مثال لمقابلة افتراضية: الاستشارة عبر الانترنيت[1]

السياق

ارسلت المريضة رسالة إلى صفحة الاستشارة الطبية تطلب فيها استشارة افتراضية عبر الصفحة لشرح مشكلتها

الطبيب: اهلا وسهلا ست سندس أنا د عبدالسلام مسؤول صفحة الاستشارة الطبية العراقية التي اتصلت بها وطلبتي الاستشارة، ممكن أتعرف على جنابك قبل أن نتكلم عن المشكلات الطبية؟

التعرف على شخص المريضة

سندس: اهلاً وسهلا دكتور، شكراً جزيلا على استجابتك السريعة لطلبي، أنا خريجة كلية التربية والآن ربة بيت، عمري 48 سنة، متزوجة، ولدي اربعة أطفال....

الطبيب: ما شاء الله، كيف تريدني أن أناديك؟

سندس: ولدي الكبير محمد وينادوني الناس بأم محمد.

الطبيب: عاشت الاسامي أم محمد، من أين تتصلين، كيف تسير الامور الاجتماعية معاك؟

سندس: الحمد لله، من البصرة وزوجي مهندس وولدي متزوج وبناتي طالبات جامعيات، والحمد لله الامور جيدة.

الطبيب: أحب البصرة، وأنا خريج البصرة وعشت احلى حياتي بالبصرة، ثغر العراق الباسم.

بناء الألفة والحوار الاجتماعي

ما الذي دعاك للاستشارة؟

السؤال الافتتاحي الأول

1- عرضت المقابلة في المؤتمر الأول لمهارات التواصل في الشرق الأوسط 2020

سندس: شكراً جزيلاً، دكتور لدي مشكلة مفاصل الركب منذ عشرين سنة وأنا اعاني من آلم الركبتين.

هل لديك مشكلات أخرى؟

السؤال مفتوح ثاني

سندس: لا دكتور...

الطبيب: اشرحي لي بالتفصيل معاناتك وكأني أراها.

السؤال مفتوح ثالث

سندس: دكتور، بدأ الألم في الركبة اليمنى وأنا شابة، كنت اعاني منها عتد الاجهاد، واضطر للتوقف، وتزداد عند صعود الدرج، وفي الليل.

الطبيب: وهل أثرت على حياتك اليومية؟

التعرف على معاناة المريض بسؤال مفتوح

سندس: كنت لا ارغب في المسير مع زميلاتي حينما أشعر أن المشوار طويل وسأعاني من الألم لذلك قلت حركتي، واتجنب صعود الدرج، وحتى قمت اصلي على الكرسي، واتذكر قبل ثلاث سنوات وانا في الحج لم اتمكن من اكمال المناسك وقد اكملت بعضها على الكرسي، واشعر اني اصبحت ثقيلة وقليلة الحركة.

الطبيب: تبدو معاناتك كبيرة، الله يساعدك، وما محاولاتك العلاجية خلال العشرين سنة؟

تعاطف وسؤال مفتوح

سندس: زرت عشرات الأطباء وتناولت علاجات مختلفة وحتى الاعشاب الطبية من دون فائدة، واجريت ناظور الركبتين وزرقني احد الاطباء ابر كندية واخر زرقني بلاما دمي واتحسن لفترة وترجع الالآم بعد مدة وجيزة. واصبت بالأعياء والحيرة من هذه المعاناة الطويلة.

الطبيب: ماذا فهمت من مراجعاتك الطويلة وما هو مرضك؟

سندس: في البداية كان الطبيب يقول خشونة الركبة ثم سوفان للركبتين، شنو ما علاج لهذا المرض؟

الطبيب: إذا سوفان المفاصل الصعب العلاج

اتفاق المريض والطبيب على المشكلة

بقى سؤال مهم، ارغب أن أسألك، ما الغاية من استشارتك لي وانت تعرفين مرضك سوفان الركبتين، وقد جربت محاولات علاجية كثيرة؟

سندس: قرأت بالانترنيت أن هناك علاج جديد "زرع الخلايا الجذعية" هل هذه الطريقة مفيدة لعلاج سوفان الركبتين؟

الاستنتاج السريري ومناقشة الخطة العلاجية

الطبيب: بعد أن جربتي جميع طرق العلاج المتوفرة ولم تستفيدي، صحيح أنه مرض مزمن ويحتاج صبر وتعاون من المريض والطبيب، واصبحتي ثقيلة " **زيادة الوزن**" واصبت بالضجر من هذا المرض "**الكآبة**" **تحويل**

كلام المريض إلى بيانات طبية الذي يجب أن يتعايش معه المريض بأقل ضرر ممكن **مثل تناول أقل كمية من مهدئات الألم وتخفيض الوزن وفهم المشكلة التي تقلل الضجر.**

أما هذه الطريقة زرع الخلايا الجذعية فهي طريقة تجريبية لم تثبت نجاحها لحد الآن، وتؤكد المراكز التي تجري هذه الطريقة انهم يحققون نتائج جيدة، ولكن الجمعيات العلمية الموثوقة لم تتأكد من نجاعة هذا الإجراء، ولكن ليس فيه ضرر كبير لأن الخلايا الجذعية يأخذوها من نخاع عظم المريض ويزرقونها في الركب، والمريض يمكن أن يستفيد منها، ولا تتوقعي ست سندس أن ركبك ترجع سالمة.

سندس: نعم دكتور لو هناك تحسن 50% أنا موافقة على هذا الإجراء.

الطبيب: إذا توكلي على الله.

المصادر

1. Suchman A, Deci E, McDaniel S and Beckman H , Relationship centred administration. In: R Frankel, T Quill and S McDaniel (eds) Biopsychosocial Care. University of Rochester Press, Rochester, 2002, NY.
2. Platt FW, Gordon GH. Talking with the family In:Field guide to the difficult patient interview, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999: 135-138.
3. Beach MC, Inui T; Relationship-Centered Care Research Network. Relationship-centered care: A constructive reframing. J Gen Intern Med. 2006; 21 Suppl 1:S3-8.
4. Sophie Soklaridis, Paula Ravitz, Gili Adler Nevo, Susan Lieff, Relationship-centred care in health: A 20-year scoping review, Patient Experience Journal, Volume 3 ,Issue 1, 2016: 130-145.
5. Lee, T., Turning Doctors into Leaders: Medicine is in for a radical change as the old guard gives way to performance-driven teams, Harvard Business Review April 2010.
6. Pinnock H, Bawden R, Proctor S, Wolfe S, Scullion J, Price D and Sheikh A, Accessibility, acceptability and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. BMJ. 326:2003: 477-9.
7. Car J and Sheikh A, Telephone consultations. BMJ. 326: 2003: 966-9.
8. Males T , Experiences and perceived learning in out-of-hours telephone advice interview study of ten GPs in a co-operative. Educ Gen Pract. 9: 1998: 470- 7.
9. Toon PD Using telephones in primary care. BMJ. 324: 2002: 1230-1.
10. Cipresso, P.; Serino S.; Villani D.; Repetto C.; Selitti L.; Albani G.; Mauro A.; Gaggioli A.; Riva G., "Is your phone so smart to affect your states? An exploratory study based on psychophysiological measures". Neurocomputing. 84:2012: 23-30.
11. Adibi, Sasan, ed. (February 19, 2015). Mobile Health: A Technology Road Map. Springer. p. 1. ISBN 978-3-319-12817-7.
12. Alhaidari T., Amso N., Jawad T.M., et al., Feasibility and acceptability of text messaging to support antenatal healthcare in Iraqi pregnant women: a pilot study, J. Perinat. Med. 2018; 46(1): 67-74.

مهارات تواصل في أثناء جائحة كورونا

الملاكات الطبية والصحية العاملين في المؤسسات الصحية المرتدين وسائل الحماية الشخصية للوقاية من جائحة كورونا.

ترجمة: د. سناء فائق حضرتي

طبيبة اسنان اختصاص / ميسر ادب الحوار والاخلاقيات الطبية /

مدرب الكتروني معتمد

أثرت الجائحة العالمية لفايروس كورونا المستجد (كوفيد - 19) على جميع المصابين والأطباء على حد سواء، من ناحية التواصل وجه لوجه خلال الاستشارات الطبية، بسبب خشية المرضى من كونهم مصابين بالفايروس أو لأصابتهم به ومن ناحية اخرى. ويخشى الأطباء من امكانية الإصابة أو العدوى من مرضاهم. وقد ازدادت هذه المخاوف مع تزايد الحاجة إلى لبس وسائل الحماية الشخصية، والتي تجعل من الأطباء يبدون بمظهر مرعب، وبطريقة تخفي تعابير الوجه يصعب معها فهم التعبير غير اللفظي مع مرضاهم جوهر مهارات التواصل لاسيما تلك التي تعنى بخلق وادامة علاقة شفائية داعمة. ومع ذلك يجب أن نحرص على ديمومة المهارات المناسبة في الوقت الذي يكون فيه التلامس المباشر مع المريض ممنوع أو محدود.

> مشاعر مريض
>
> " انه موقف مرعب ومخيف عند دخول المصاب إلى المستشفى ليتقدم الممرض لاستقبالك، وأجد أن جميع العاملين في المؤسسة الصحية يرتدون وسائل الحماية الشخصية التي تشوه التعامل الانساني "

تأثير وسائل الحماية الشخصية على المريض

إن وسائل الحماية الشخصية التي يرتديها العاملون في المؤسسات الصحية تشعر المرضى الراقدين في ردهات العزل الصحي أو ردهات الرعاية الصحية بالخوف والوجس من هذا الوباء. فإن كان الطبيب لم يلتق بالمريض سابقًا (قبل جائحة كورونا) فإن إرتداء الطبيب لوسائل الحماية الشخصية يكون عائقًا كبيرًا امامه لبناء علاقة الثقة المطلوب تحقيقها عند المقابلة الطبية، وذلك لأنها تؤثر على الجوانب الآتية:

- عدم القدرة على أداء بعض الممارسات الاجتماعية المعتادة كالمصافحة بالأيدي أو الميلان باتجاه المتكلم أو حتى التلميحات التعبيرية بالوجه.
- الشعور بفقدان التواصل والضياع الذي يشعر به المريض أو الطبيب على حد سواء، وذلك لصعوبة سماع ما يقوله الطرفان وعدم وضوح الصوت فضلا" عن صعوبة قراءة الشفاه وتلميحات العينين.

ان هذه الحواجز تُعقد العقبات الموجودة أصلا من تباين ثقافي ولغوي بين المريض والطبيب. ولكن وبالرغم من هذه الحواجز التي تفرضها وسائل الحماية الشخصية على طريقة التواصل مع المريض يبقى التعاطف ممكنًا ومطلوبًا للتغلب على هذه الحواجز.

مهارات التواصل:

يعد التواصل قلب وجوهر جميع الممارسات التي نؤديها في حياتنا اليومية، ومركز علاقاتنا الاجتماعية والعملية واهتماماتنا الشخصية في الرعاية الصحية، حيث يشعر المريض بالرعب والخوف من الاصابة والعزلة والوحدة. وهنا تقترح البحوث الخاصة بمهارات التواصل أن التعاطف والتفهم لأفكار وهواجس المريض يمكن أن ‘يعزز من فهم مشكلته، والتي تؤدي إلى نتائج أفضل نتيجة التزام المريض للخطة العلاجية المقترحة من قبل الطبيب المعالج.

> ان وسائل الحماية الشخصية تجعل من التواصل بين العاملين في المؤسسات الصحية فيما بينهم أو بينهم وبين المريض أكثر صعوبة "حيث من الصعب سماع احدهم الآخر" لذلك ما الذي يمكن أن يقومو به للتغلب على هذه الصعوبات؟

التهيؤ للمقابلة

هيئ نفسك:

يسبب لبس وسائل الحماية الشخصية الشعور بالانزعاج والحرارة، لذلك من الأفضل أن تتأكد من استعدادك للمقابلة وتأخذ قسطًا من الراحة كلما سنحت لك الفرصة لذلك.

تهيئة بيئة المقابلة

حاول أن تقـلـل الضوضاء أ و قم بإ جراء المقابلة في مكان هادئ إن أمكن.

التحية والتعارف

- تأكد من الباج التعريفي بأسمك واضح ومكتوب بصورة سهلة للقراءة.
- لوحة الاعلان: من الوسائل المفيدة وضع صورة الشخص المتواجد في الردهة ليتمكن المريض من معرفة الشخص الذي يعتني به (الطبيب أو الممرض الذي يرتدي الكمامة وغطاء الرأس) وبذلك يتمكن

الطبيب أو الممرض من الاشارة إلى صورته الشخصية عندما يقوم بتقديم نفسه إلى المريض عند التعارف " هذا أنا، هذا من يتكلم معك الآن وأنا من سيعتني بك اليوم ".

- ضع صورة شخصية لك وانت مبتسم.



طبيب يرتدي ملابس الوقاية في الردهة

مهارات التواصل غير اللفظية

- يجعل لبس الكمامات واغطية الوجه الواقية من عملية التواصل بين المريض والطبيب أو الممرض صعبة لعدم وضوح صوت المتكلم وعدم القدرة على قراءة الشفاه أو تلميحات العين المصاحبة للكلام. لذلك بإمكانك أن تقابل المريض وانت تلبس واقي الوجه البلاستيكي (الشفاف) وتتأكد من أن المريض تعرف عليك وعرفك قبل ان تبدأ المقابلة.
- أنظر مباشرة بعين المريض وأنت تحادثه.
- تأكد من الاضاءة الجيدة لمكان المقابلة وأن مصدر الضوء ليس للخلف كالشبابيك مثلًا، ولا تقوم بتغطية فمك أو وجهك بيديك.
- كن مسؤولا" في حديثك مع المريض، ولا تهمل المهارات التعبيرية للغة الجسد استجابة للمعلومات التي يذكرها المريض.

بالرغم من استعمالك للمهارات السابقة من النظر المباشر لعين المريض والايماءات الجسدية التي قمت بها، يجب أن تعطي للمريض الوقت الكافي ليلتقط هذه الايماءات غير اللفظية والتي يمكن لوسائل الحماية الشخصية من اخفاءها.

اللمس:

- اسعَ للمس المريض والتربيت على ظهره كلما أمكن ذلك، وانت ترتدي وسائل الحماية الشخصية لتقليل القلق وتهدئة المريض.

وضعية المقابلة

- لا تتكلم أو تخاطب المريض وأنت تسير.

اشراك المريض

الوسائل

- اذا كان المريض يستعمل سماعات الأذن، فتأكد من ارتدائها وأنها تعمل بصورة جيدة.

قم بالاشارة على تأثير لبس وسائل الحماية الشخصية / وعدم المصافحة / وضرورة الحفاظ على المسافات بين المتكلمين من تأثير على التواصل بينك وبين المريض " أنا اعلم أني ابدو بمنظر مرعب وأنا ارتدي كل هذه الوسائل الوقائية، ولكني أود أن اعرف ما تأثيرها عليك وكيف تشعر تجاهها ".

اكتشاف مشكلات المريض

- من المهم جدا" أن تنصت لتساؤلات المريض ومخاوفه.

لخص للمريض ما فهمته من المشكلات – لأن هذا يبرهن للمريض تفهمك الكامل لمشكلاته بالرغم من وجود هذه الحواجر عند التواصل والحديث.

- سمي مشاعر المريض وعبر عن تعاطفك لها لفظيًا.
- استعمل صيغة الأسئلة المفتوحة المحددة لتتمكن من حصر احتياجات المريض بقائمة المشكلات.

تفهم منظور المريض

اكتشف افكار المريض وهواجسه وتوقعاته من وجهة نظره.

اعطاء المعلومات الكافية والصحيحة

- أبطء بالكلام وأعط المعلومات واحدة تلو الاخرى (لقيمات صغيرة) ليتمكن المريض من أخذ الوقت الكافي لفهمها بسبب الضغط النفسي الذي تسببه المقابلة الطبية له. وعادة ما توفر تعابير وجه المريض المعلومات الكافية ليتمكن الطبيب من التأكد من فهم المريض للمعلومات التي قيلت له، ولكن بسبب لبس المريض للكمامة فأنك غير قادر على تفهم درجة تقبله وفهمه لها، ونصف وجهه السفلي مغطى بالكمامة.

شجع المريض على طرح الأسئلة التي تجول في خاطره " ارجو منك أن توقفني عند الحديث عندما يطرأ لك تساؤل عن معلومة لم تفهم معناها " وهذا سيساعدك على التأكد من فهم المريض للخطة العلاجية والمعلومات التي ذكرتها.

شجع فهم المريض وزيارة المتابعة:

- تكلم بصورة واضحة وببطء ولكن لا ترفع صوتك وليكن رأسك مستقرًا عند الكلام.
- قد يرغب المريض بكتابة بعض الملاحظات كطريقة للتواصل، وهذا سيستغرق وقتا" اطول، لذلك يفضل أن تبقى صبورًا واكتب اجابتك لتساؤلاته أيضا".

- كن مستعداً لإعادة المعلومات ومراجعتها في بعض الاحيان، لذلك اسأل بعض الأسئلة للتأكد من فهم المريض للمعلومات.
- شجع المريض أو أحد مرافقيه لتلخيص ما فهموه من معلومات أو خطة علاجية.
- قد لا تمتلك الإجابة عن جميع التساؤلات، وذلك لكون الفايروس (كوفيد 19-) وغريب وحديث في الطب ولم تكتشف جميع التفاصيل، ومن أفضل الاعتراف بذلك.

وسائل الايضاح

- زود المريض بنشرات أو كتيبات مطبوعة لاسيما الارشادات إن كانت متوفرة.
- استعن بالصور والرسوم خلال اعطاءك المريض للمعلومات الخاصة بمرضه.
- استعمل السبورة البيضاء لكتابة الملاحظات والرسائل بين العاملين في المؤسسة الصحية.

نقطة الاغلاق المناسبة

تأكد عند اغلاقك للمقابلة، وأنكم توصلتم إلى خطة علاج واضحة ومفهومه، وتأكد من قابليته على الحفاظ عليها وتنفيذ خطواتها، ووضع خطة متابعة لاحقة لهذه المقابلة.

Reference

- International Association for Communication in Healthcare
- Document reference number NHCG-D-024-1 Document developed by National HR Directorate Version number V1.1
- Document approved by National Healthcare Communication Group
- Approval date May 2020
- Revision date May 2021
- National Healthcare Communication Programme
- www.hse.ie/nhcprogramme@NHCProgramme

الملاحق

الملحق (1) سيناريو مقابلة طبية لحوار ألم الظهر
المشهد عيادة خاصة لطبيب مفاصل، مريض لأول مرة يزور العيادة

1 - افتتاح المقابلة

م: السلام عليكم

ط: وعليكم السلام ، أهلًا وسهلًا ، ويصافح المريض ، تفضل استرح **التحية**

اعرفك بنفسي أنا د. علي .... طبيب مفاصل وعلاج طبيعي، ممكن تعرفني بنفسك؟

تعريف الطبيب بنفسه وسؤال المريض للتعريف بنفسه

م: انا سلام.... 60 سنة موظف.

ط: ما كُنيتك؟ هل تسمح أن تعرفتي بجنابك أكثر، حياتك الاجتماعية قبل أن ندخل بالجانب الطبي....

التعرف على حياة المريض الاجتماعية وبناء الألفة والعلاقة الإنسانية

م: انا أبو محمد، موظف صباحًا ومساءًا اعمل سائق تاكسي، وعندي ثلاثة أولاد، أحدهم متزوج ولديه طفلان وأنا اساعده بالمصرف، وأخي استاذ مهدي الذي راجعك قبل ايام، ونصحني أن ازورك.

ط: اها... أستاذ مهدي اختصاص لغة العربية، أهلًا وسهلًا أنقل تحياتي له.

هنا اهتم الطبيب بشخص المريض وأخيه لتعميق العلاقة الإنسانية

م: وعليكم السلام يوصل.

2 - التعرف على المشكلات التي يعاني منها المريض

ط: سلامات خيرًا؟

سؤال المريض الافتتاحي عما جلبه للاستشارة بسؤال مفتوح وابتسامة

م: دكتور اعاني من ألم ظهري **"المريض يمسك ظهره بيده اليمنى"**

ط: قبل أن نتكلم عن ألم الظهر ، هل تعاني من مشكلات أخرى غير ألم الظهر؟

التعرف على مشكلات المريض الأخرى

م: نعم دكتور عندي بروستات اتناول علاج منذ سنين، وعندي خفقان مستمر على علاجه وحالتي مستقرة.

ط: الطبيب يعد بأصابعه، أبو محمد، إذًا أنت تعاني من ألم الظهر وعندك بروستات وخفقان بالقلب

تحديد قائمة المشكلات التي يعاني منها المريض

م: نعم دكتور

ط: هل لديك مشكلات أخرى؟

استعمل الطبيب مهارة التحري لاكتشاف مشكلات المريض

م: لا توجد لدي مشكلات أخرى، فقط أنا اعاني الآن من ألم الظهر.

3 - **القصة المرضية كما يرويها المريض بحرية**

ط: طيب الآن أريد أن تتكلم بكل ما يجول بخاطرك عن مشكلة ألم الظهر...

سؤال مفتوح ويعطي الطبيب ادارة الحديث بيد المريض للتكلم عن المشكلة الرئيسة التي تقلقه

م: قبل اسبوعين كنت بالبيت وحدي، ورغبت أن اشرب شاي، ولم أجد غاز، فاتصلت بعامل الغاز وأبدلت قنينتين، ساعدني العامل وأدخل معي أحدى القناني، وبدوري أدخلت أحدى القناني للمطبخ، وعندما رفعتها شعرت بألم شديد في ظهري وكأن كهرباء لمعت ظهري، فتركت الشاي ومشيت بصعوبة وصلت للفراش، ونمت وبقيت اعاني لم استطع الذهاب للدوام، ولم أخرج من البيت لمدة ثلاثة ايام.

"القصة ألمرضية"

ط: الله يساعدك، ألم الظهر مزعج ويقيد الحركة، أبو محمد هل تتمكن أن تصف لي طبيعة الألم كأني أراه؟

سؤال مفتوح ثاني لاكمال رواية المريض بحسب رأيه

م: الألم مثل النار بمرآة ظهري، هنا "يشير المريض إلى المنطقة القطنية للظهر" شعرت عند أن ظهري أنقسم نصفين.

ط: اها تمام الله بعونك، هل تستطيع وصف شدة الألم من أول يوم لحد الآن: هل خفيف، متوسط أم شديد لم تتحمله.

سؤال مفتوح ومحدد للتعرف بعمق عن ألم المريض

م: بالبداية لا يتحمله بشر، وبعد ذلك كنت اتحمله بصعوبة ويخف بالتدريج ولا زلت اعاني من الألم لحد الآن.

ط: ابو محمد، الآن ما فهمته، بدأ الألم قبل اسبوعين وألمك شديد، ولم تستطيع الذهاب إلى الدائرة لثلاثة أيام، وبعدها لازلت تعاني.

التلخيص الأول ما قاله المريض بدقة لإعطاء المريض أن الطبيب قد فهم ما أراد المريض التعبير عنه

ط: وبعد الثلاثة أيام ما الذي حدث؟

سؤال مفتوح أيضا للتعمق في معرفة مواصفات الألم

م: نعم، بعدها استطعت المشي واتحرك وأذهب للدوام لكن بصعوبة، وتناولت أدوية ووضعت كيس ماء حار ولا زالت حركتي محددة، لا استطيع المشي براحة، ونصحوني لزيارة معالج شعبي في سلمان باك ليعدل لك ظهرك ولم اقتنع بنصيحة الاصدقاء.

ط: طيب، ما الذي تزيد الألم؟

سؤال مفتوح محدد عن الألم

م: أي حركة يزيد الوجع، وبالقيام والقعود واضطررت للصلاة كرسي ولأني أتضايق عندما اركع وأسجد.

ط: وما الذي يخفف الألم؟

سؤال مفتوح محدد عن الألم

م: نعم الراحة، وحينما اضطجع اضع وسادة تحت ظهري لأرتاح، وحينما أضع كيس ماء حار أيضًا ، وعند استخدم التواليت الغربي ولا استطيع التواليت الشرقي.

ط: طيب أبو محمد هل هذه أول مرة تعاني من ألم ظهرك أم لديك مشاكل قديمة؟

سؤال مفتوح عن تاريخ الألم السابق

م: نعم لدي مشاكل حينما كنت طفلاً أتذكر جدتي الله يرحمها كانت تدهن ظهري حينما أعاني ، وارتاح، ولبست ياخة رقبة قبل بضعة سنين ولكن جميع هذه المشكلات لم تضطرني الجلوس بالبيت.

ط: لألخص لك ما فهمته: بدأ ألمك قبل اسبوعين، ألم حاد ومزعج ولثلاثة أيام اضطرك عدم مغادرة البيت، ويزداد بالحركة ويقل بالراحة وصلاتك صعبة وكنت تعاني من اوجاع قديمة بظهرك ورقبتك، هل نسيت شيئًا؟

تلخيص ثاني لمشكلة المريض ليلم الطبيب بكل ما قاله المريض ويظهر قوة الانصات التي استعملها في الحوار

م: مضبوط دكتور

المريض أكد فهم الطبيب لروايته

4 - القصة المرضية بإدارة الطبيب لاكمال رواية المريض

ط: والآن اسمح لي أن اسالك أشئلة وارغب أن تجيبني عليها.

علامة انتقالية: هنا يطلب الطبيب الانتقال إلى الأسئلة المغلقة ويهيأ المريض إلى أن الحوار أنتقل بادارة الطبيب ليسأل عن المشكلات المهمة والخطرة التي لها علاقة بألم الظهر لم يتطرق لها المريض

م: تفضل

ط: هل ألمك يشع إلى الساقين؟

م: لا

ط: هل يوجعك ظهرك عند السعال أو العطاس؟

م: لا

ط: هل يزداد الألم ليلاً في أثناء النوم؟

م: لا، فقط حينما أنقلب على الفراش اتألم وبعدها اضطر أن لا اتحرك في أثناء النوم ويختفي الألم.

ط: هل تشعر بتصلب الظهر عند الاستيقاظ صباحًا أم تستطيع القيام؟

م: نعم ظهري يابس عند استيقظ

ط: كم يستغرقت الوقت وتستطيع تتحرك بعدها؟

م: ربع ساعة

ط: كلام جميل حجي، لدي سؤال دائما أسال مرضاي ارجو عدم احراج حضرتك؟

علامة انتقالية ثانية: هنا يعطي الطبيب تنبيه آخر إلى المريض وليأخذ موافقته لسؤاله سؤالاً محرجًا

م: تفضل دكتور

ط: هل تسيطر على البول؟

م: نعم أسيطر

ط: والخروج؟

م: نعم أسيطر

ط: الحمد لله، خبر جيد، وضحت الصورة أكثر.

5 - **الفحص البدني**

ممكن تتفضل على السرير لأفحصك؟

م: نعم

ط: ابو محمد، هل تستطيع أن تؤشر على منطقة الألم؟ والمريض مضطجع على بطنه في السرير

م: نعم ، ويؤشر على منطقة الفقرات القطنية والعجزية ويرسم دائرة بيده.

6 - **الخطة العلاجية**

ط: قبل ما اشرح الاستنتاج الذي وصلت إليه، هل يمكن أن تخبرني ماذا يجول بخاطرك عن ألم الظهر؟ يعني بماذا تفكر؟

م: والله أنا منزعج من هذا الألم، أنا موظف وصاحب عائلة، والزمان لا يرحم واخشى عرق النسا يقعدني بالبيت، عندي أبن عمي وبسبب ظهره اصبح معوق.

هنا المريض عبر عن الهواجس التي تجول في ذهنه وهي التي دفعته للاستشارة

ط: وصلت إلى استنتاج إن شاء الله الأمور تبشر بخير

هنا ينتقل الطبيب إلى مشاركة المريض بالتشخيص والبدء بكلمة مطمئنة "تبشر بخير"

م: الله يبشرك بالخير

ط: ابو محمد حضرتك تعاني من "اجهاد الروابط الفقرية" وفقراتك الحمد لله جيدة، ولا توجد ومشاكل خطرة في الظهر، وستتحسن الحالة خلال 2 الى 3 اسابيع.

هنا اعطى الطبيب مصطلح طبي لم يفهمه المريض

م: ماذا تعني بــ اجهاد الروابط الفقرية ، لم افهم؟

ط: في الظهر هناك أعصاب وعضلات وعظام فقرات واقراص غضروفية متشابكة مع بعضها معقدة كأنها ساعة سوسرية، والألم ناتج عن رفعك لقنينة الغاز، يعني تشنج عضلي ولا مشكلة بالاعصاب والفقرات وولا توجد علامات عرق النسا.

شرح الطبيب المصطلح الطبي بكلمات شعبية فهمها المريض وأخذ بالاعتبار هواجس المريض

م: بارك الله بك دكتور

بعد التشخيص يبدأ الطبيب برسم الخطة العلاجية مع المريض

ط: ما رأيك أن نرسم خطة علاجية لحالتك؟

م: نعم اشكرك

ط: خطتنا تتضمن ثلاث فقرات.

يعدد الطبيب فقرات الخطة العلاجية ويستعمل اصابعه بالعد حتى يتابع المريض الفقرات لاحقًا مع الطبيب

أولًا – نصائح ثلاثة تلتزم بها وهي أهم من الأدوية

ثانيًا – علاج طبيعي

ثالثًا – الأدوية

ط: اولا النصائح، **ويرفع أصبع السبابة**

إن ألمك يزداد بالحركة ويقل بالراحة، خلال هذه الفترة أريد من حضرتك أن تتحرك ضمن حدود الألم الذي يسمح لك الألم به، وأي حركة أو وضعية لا تؤلمك يسمح بها، وأن تتجنب أي حركة أو وضعية تسبب لك الألم وتمتنع عن الجلوس لفترة طويلة، وتتجنب التفريك القوي ودوس الظهر وحسنا عملت حينما رفضت العلاج الشعبي.

ربط الخطة العلاجية بمنظور المريض

م: هذه نصائح سهلة دكتور

ط: هل أنا واضح أبو محمد، اخشى أني نسيت أمر ما لم أذكره، ارجو أن تعيد النصائح حتى أتأكد؟

هنا يطلب الطبيب من المريض اعادة النصائح بطريقة تحترم المريض

ويوجه السؤال لنفسه وليس لعقل المريض

م: نعم فهمتك، يسمح لك بالحركة التي لا تؤدي إلى ألم وأمتنع عن أي حركة تؤلمني، ولا افرك ظهري ولا امتنع عن الجلوس لفترة طويلة،وهل تسمح لي الذهاب إلى الدائرة؟

ط: عاشت ايدك، نعم اسمحلك إذا لم يحدث لك ألم، والآن نتكلم عن جلسات العلاج الطبيعي.

وهنا يرفع الطبيب السبابة والوسطى ليؤكد أنه في الفقرة الثانية من البرنامج العلاجي

وهي اجراء ثلاث جلسات علاج طبيعي بين يوم وآخر، ووقت كل جلسة نصف ساعة وتتضمن حرارة "اشعة تحت الحمراء" وعلاج بالليزر لتخفيف الألم وتسريع عملية الشفاء.

م: هل بالامكان أن العلاج الطبيعي تجعله يوميًا؟

ط: لا، الجلسات عادة بين يوم ويوم ولدينا جلسات سبت، اثنين، اربعاء. وجلسات أحد ، ثلاثاء ، خميس ، اختر المواعيد التي تناسبك؟

م: يناسبني أحد وثلاثاء وخميس

ط: والآن سأوصي السكرتيرة ترتيب مواعيد الجلسات ووقتها

م: اشكرك دكتور.

ط: ًخيرًا نتكلم عن الأدوية.

وهنا يرفع الطبيب اصابعه الثلاثة السبابة والوسطى والبنصر ليؤكد أنه في الفقرة الأخيرة

افضل أن أصف لك مرهم تدهن به ظهرك مع مساج خفيف براحة اليد مرتين باليوم وحبة واحدة عند الحاجة لترخي العضلات.

م: رحمه الله والديك.

ط: ولوالديك الرحمة، وازودك بنشرة صحية ومعلومات مبسطة عن ألم الظهر وعلاجه.

تزويد المريض بمعلومات تثقيفية عن مرضه

م: ممنون تعبتك معي

7 - التلخيص النهائي

ط: بالعكس أبو محمد، أذا سألتك زوجتك بالبيت ماذا اوصاك الطبيب؟

التلخيص النهائي والتأكد من استيعاب المريض للمقابلة كاملة

م: ملخص الخطة العلاجية: دكتور فهمت من جنابك عندي تشنج بالعضلات، ويحتاج راحة ثلاثة اسابيع ويتحسن، والاعصاب والفقرات جيدة، ولا توجد علامات لعرق النسا، ونصحتني أن اتحرك ضمن حدود الألم، وخضع لجلسات علاج طبيعي، ومرهم لظهري مع مساج خفيف واذا اضطر اتناول حبة واحدة عند الحاجة.

ط: تمام عاشت ايدك، هل بقى أمر في بالك لم نتناوله؟ عندك شي او سؤال ما اطرقنا اله

هنا يبحث الطبيب عن أي موضوع لم يتطرق له الطبيب بالمقابلة.

م: نعم دكتور، متى امارس الرياضة؟

ط: ابو محمد، شكرًا ذكرتني، لدينا مبدأ لآلام الظهر، يجب ممارسة التمارين الرياضية بعد مرور 4 إلى 6 اسابيع بعد الإصابة، لكن يسمح لك تمارس تمارين بسيطة للأطراف العليا مع ألالمحافظة على عدم تحريك الظهر في أناء التمرين.

م: هل البس حزام ظهر؟

ط: ننصح المريض أن يلبس الحزام في الأيام الأولى من الاصابة فقط، ولا تحتاج الحزام في الوقت الحاضر.

م: تسلم دكتور واشكر اهتمامك.

ط: ممنون وإذا حدث إي طارئ يمكن لك أن تتصل بالعيادة في أي وقت وتحدد موعد للزيارة، مع الف السلامة.

تزويد المريض بشبكة أمان في حالة حدوث أي طارئ.

	مهارات افتتاح المقابلة	نعم 2	نعم ولكن 1	لا 0
1	التعرف على اسم المريض / كنيته.			
2	تقديم الطبيب نفسه للمريض ودوره في الرعاية.			
3	الترحيب و / أو المصافحة.			
4	التأكد من راحة المريض في أثناء المقابلة الطبية.			
5	الحوار الاجتماعي والإطراء على المريض من دون تملق.			
6	تحديد الهاجس الاول للزيارة بسؤال مفتوح: ما الذي دعاك لزيارتي ليوم؟			
7	تحديد المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية الأخرى التي يعاني منها المريض، بأسئلة مفتوحة متكررة، وانصات وتلخيص.			
8	الاتفاق على قائمة المشكلات والخروج بقائمة واحدة متفق عليها بين الطرفين.			
	مهارات القصة المرضية	نعم 2	نعم ولكن 1	لا 0
9	تشجيع المريض لسرد معاناته منذ البداية لحد الآن من دون مقاطعة.			
11	البدء بالأسئلة المفتوحة والانتقال تدريجيًا إلى الأسئلة المغلقة "تقنية القمع".			
12	الانصات الفاعل والتلخيص الدوري.			
13	تحديد أفكار المريض المتعلقة بأسباب المشكلات.			
14	استكشاف هواجس المريض المتعلقة بالمشكلات.			
15	تحليل الاعراض بمنهجية واضحة.			
	التعاطف والمهارات غير اللفظية	نعم 2	نعم ولكن 1	لا 0
16	التقاط والاستجابة لتلميحات المريض اللفظية وغير اللفظية.			
17	تشجيع التعبير عن العواطف.			
18	اظهار الاحترام وسلوك غير لفظي مناسب "تواصل بصري، وضعية الجسم، نبرة الصوت، التعبير الوجهي، الحركات"			
	الاستنتاج السريري			
19	التعرف على انطباع المريض عن حالته الصحية.			
20	أشراك المريض بالانطباع الأولي بعد اكمال التاريخ المرضي والفحص البدني.			
	مهارات الخطة العلاجية	نعم 2	نعم ولكن 1	لا 0
21	تقييم معلومات المريض الأولية عن مرضه.			
22	سؤال المريض عن ماهية المعلومات التي يرغب بمعرفتها، والمعلومات التي يحتاجها.			
23	تنظيم اعطاء معلومات التي يمكن استيعابها والتأكد من فهمها.			
24	استعمال لغة بسيطة وربطها بمنظور المريض.			
25	اشراك المريض بصنع القرار المشترك.			
26	مناقشةالخطة العلاجية المناسبة والتأكد من قدرة المريض على اتباع البرنامج العلاجي، وضمان الدعم العائلي.			
	اغلاق المقابلة	نعم 2	نعم ولكن 1	لا 0
27	تشجيع المريض على مناقشة أي نقطة لا زالت عالقة في ذهنه.			
28	تلخيص موجز للمقابلة من قبل المريض.			
29	الاتفاق على الإجراءات المستقبلية.			
	التقييم الاجمالي:	مقنع 20	مقنع ولكن 10	غير مقنع0

فن الحوار في المقابلة الطبية



تتميز الطبعة الرابعة بمنهج شمولي لتعلم وتعليم المقابلة الطبية في جميع مراحل الدراسات الأولية والعليا والتعليم الطبي المستمر لجميع الملاكات الطبية التي لها علاقة مباشرة بالمريض: الأطباء والممرضات وأطباء الأسنان والصيادلة والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين وغيرهم من الملاكات الساندة الأخرى.

لقد توسعت الطبعة الرابعة في مناقشة جميع مهام المقابلة الطبية الأساسية بعمق ووضعت هيكلًا للمقابلة العربية يتميز عن الأدلة الغربية الشائعة لتلائم الممارسة الطبية العراقية؛ وشملت احترام المريض في صميم المقابلة الطبية ثم تبدأ المهام بالتوالي: التعارف واعداد قائمة المشكلات بالتوافق مع المريض، والبدء بمحورية المريض وافساح المجال له للتكلم عما يجول بخاطره من مشكلات وهواجس، وافردت فصولاً عن التباين الثقافي والحرج اللغوي ليتمكن الطبيب من فهم معاناة المريض باللغة الدارجة ومن ثقافته الشعبية، ونحتاج عندها إلى الإنصات اليقظ والانتظار والتشجيع حتى يكمل المريض روايته من دون مقاطعة، وأخيرًا تلخيص ما قاله المريض من دون تدخل الطبيب فيه، وبهذا يسمح لنا فهم مشكلات المريض من وجهة نظره قبل أن ندعوه لدخول عالم الطب. والانتهاء بمحورية الطبيب، وتكييف الرواية المرضية وتحويلها إلى بيانات طبية، ونبدأ بطلب إملاء الفراغات التي اعترت حديث المريض عن مشكلاته الصحية والنفسية والاجتماعية، ونكمل قصة المريض من وجهة نظرنا وباستعمال مهارات أخرى والتي تهيئ إلى مرحلة الاستنتاج السريري لمشكلات المريض، ومن ثمَّ صياغة خطة مستقبلية لتدبير المشكلات بالتعاون مع المريض، نحن اليوم في مرحلة العلاج بالحوار، أثبتت الدراسات أن للحوار الطبي قوة شفائية تقلل من الأعراض النفسية، وتقلل من حدة الأعراض البدنية ولها قوة شفائية للأمراض البدنية. ويجب أن تحظى الخطة بموافقته وتأخذ بالاعتبار ظروفه الفردية، ويعزز هذا الأسلوب الإطار الإنساني للمتحاورين، ويحترم استقلاليتهما معاً.

وتناولت تدبير العواطف بفصول خاصة؛ مهارات التواصل اللفظية ومهارات التواصل غير اللفظي والتعاطف والمواساة في الطب، والتي تستعمل في جميع مراحل المقابلة الطبية، وافردت فصولاً مميزة لتدبير مواجهة المريض الغاضب والبوح بالخبر السيئ التي تكتسب أهمية قصوى ولاسيما في المواقف الحرجة في المقابلة الطبية.

وختامًا، خصصت فصلاً للرعاية الصحية التي تعتمد على تظافر جهود الملاكات المتآزرة جميعًا -الرعاية الصحية التي محورها العلاقات- والتي تؤدي إلى إظهار المهنة الطبية بألقها المميز. وفصولا أخيرة عن الرعاية الصحية في زمن كورونا والتي تتميز بضعف التواصل بين الطبيب المريض عند المقابلة الطبية وكيف يمكن أن نقلل من تأثير الحواجز بيننا، وفصلًا عن الرعاية الصحية عن بعد والتي تتضمن المقابلة الهاتفية والمقابلة الافتراضية التي تستعمل البرامج الذكية مثل الواتس آب والزووم.

وتكمن أهمية هذا الكتاب أنه مكتوب بنكهة عراقية وموضوعات من صميم الممارسة الطبية العراقية لتقليل الهوة بين المهنة الطبية والمجتمع العراقي، مثل؛ التباين الثقافي بين الطبيب والمريض والحرج اللغوي الذي يعتري الحوار بينهما، وضعف التمكن من اللغة العربية واللغة الإنكليزية لدى الملاكات الصحية كافة والتي تظهر لغة هجينة ومفردات غريبة يضعف فيها التواصل بين الملاكات فيما بينهم وبين المريض أيضًا، ويؤدي بالنتيجة إلى أخطاء طبية تضر بنتائج الرعاية الصحية.

تصميم واخراج مناف نقاع

